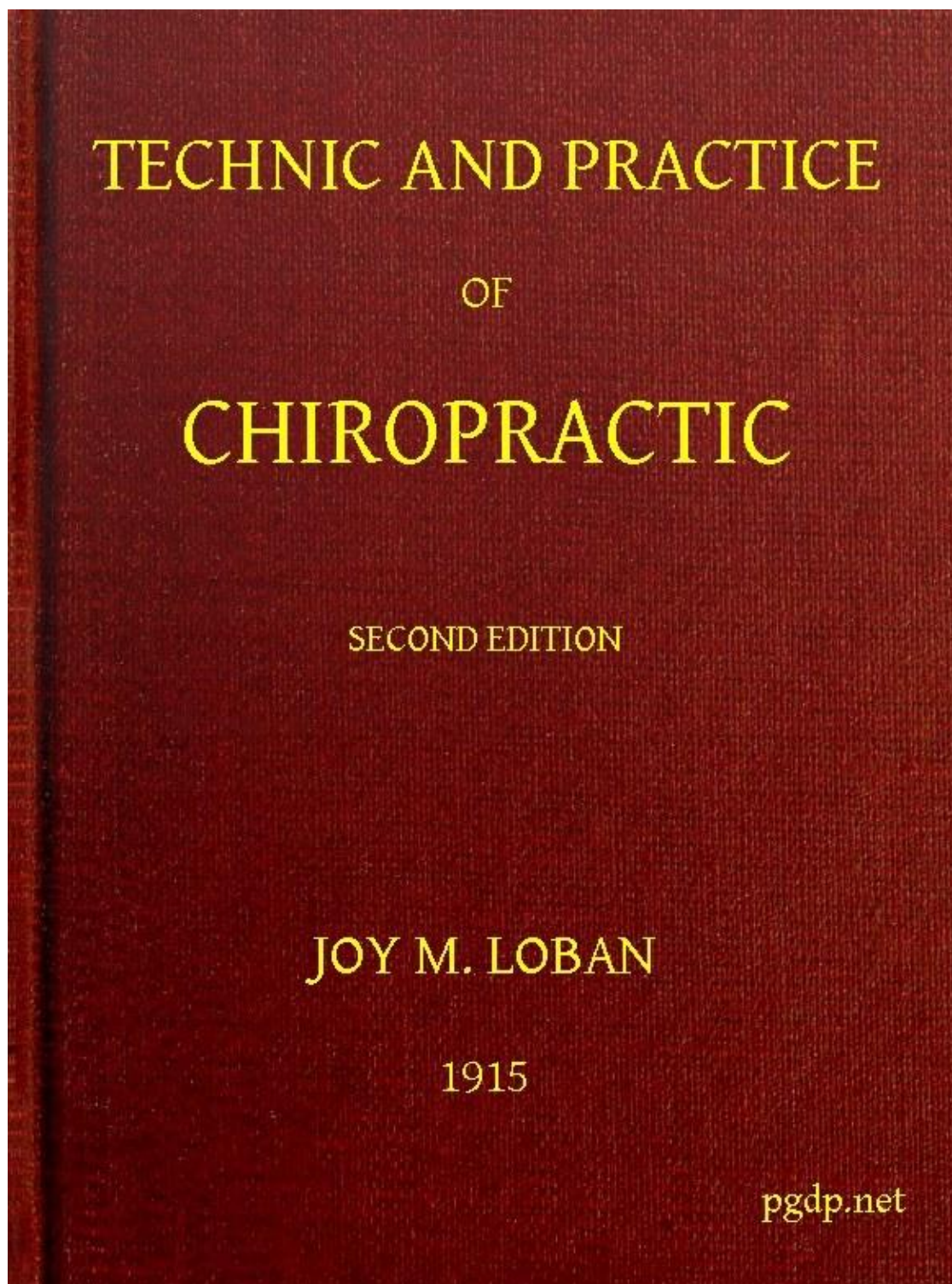


Техника и практика хиропрактики

Джой Максвелл Лобан



Электронная книга проекта Гутенберга по технике и практике хиропрактики

Эта электронная книга предназначена для использования любым человеком в любой точке Соединенных Штатов и большинства других частей мира бесплатно и практически без каких-либо ограничений. Вы можете скопировать его, раздать или повторно использовать в соответствии с условиями лицензии Project Gutenberg, прилагаемой к этой книге, или онлайн по адресу www.gutenberg.org. Если вы находитесь за пределами Соединенных Штатов, вам необходимо ознакомиться с законами страны, в которой вы находитесь, прежде чем использовать эту электронную книгу.

Название: Техника и практика хиропрактики

Автор: Джой Максвелл Лобан

Дата выхода: 18 января 2017 г. [Электронная книга № 54008]

Последнее обновление: 23 октября 2024 г.

Язык: Английский

Кредиты: Подготовлено Тургутом Динсером, Чарли Ховардом и командой онлайн-корректоров по адресу <http://www.pgdp.net> (Этот файл создан на основе изображений, щедро предоставленных интернет-архивом)

*** ЗАПУСК ПРОЕКТА ЭЛЕКТРОННОЙ КНИГИ ГУТЕНБЕРГА "ТЕХНИКА И ПРАКТИКА ХИРОПРАКТИКИ" ***

Примечание автора: Обложка создана автором и размещена в общественном достоянии.

ТЕХНИКА И ПРАКТИКА ХИРОПРАКТИКИ

АВТОР: ДЖОЙ М. ЛОБАН, доктор философии.

Профессор анатомии, теории и практики хиропрактики во Всемирном колледже хиропрактики. Бывший профессор хиропрактического анализа в Школе хиропрактики Палмера

ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ,
исправленное и дополненное

ОПУБЛИКОВАНО
УНИВЕРСАЛЬНЫМ КОЛЛЕДЖЕМ ХИРОПРАКТИКИ
В ДАВЕНПОРТЕ, АЙОВА,
1915

Авторское право 1915 г.
ДЖОЙ М. ЛОБАН

HAMMOND PRESS
W. B. CONKEY COMPANY
ЧИКАГО

ЭТА КНИГА
посвящается
ДЕВУШКЕ, КОТОРАЯ БЫЛА МОИМ ПОСОХОМ
И ФОНАРЕМ, ПОМОГАЯ И ОСВЕЩАЯ
МОЙ ПУТЬ В ЭТОЙ НОВОЙ ОБЛАСТИ,
Моей жене

Содержание

	Страница
предисловие к первому изданию	9
предисловие ко второму изданию	11
введение	13
позвонков при пальпации	15
определение	15
общих положений,	15
привычек пальпации	15
фактов о позвоночнике	16
подготовке пациента	22
позиции пациента	22
запись	23
графа	29
Атлас пальпации	35
групповым методом	37
отдельных подвывих	40
пальпации в положении В	46
пальпации в положении с	48
поперечной пальпации	49
кривых и изгибов	53
трудностей при пальпации	59
достопримечательностей	61

психологический настрой	63
нерва трассировка	64
органа трассировка	64
настоящего нервы прослеживаются	64
предложение	67
место в диагностике	67
техника нервных трассировка	68
подвывихи	76
определение—Как производятся	76
закон, регулирующий расположении	78
сортов подвывихи	80
метода коррективки	89
общие принципы регулировки	89
спецтехника (тридцать два хода)	99
предпочтительнее коррективки	155
причиной заболевания	165
простые подвывих заболевания	184
вторичные причины	185
инфекционные заболевания	185
диетические	192
ядов	194
воздействия	198
телесные излишества	201
воспаление	202
процессе лечения	208
адъюнктов	215
Спино-Органические соединения	217
общее обсуждение	217
специальных нервных связей	235
таблица болезней и коррективки	257
практика	276
офисным оборудованием	277
расписание экзаменов	292
необходимость для правильной постановки диагноза	298
периодичность коррективки	302
конкретные и Общая коррективка	303
Тезисы	306

Обещания пациентам	308
Восстановление болезни	309
Ограничения хиропрактики	312
Использование вспомогательных средств	315
Личность	319
Прогноз хиропрактики	322
Общее обсуждение	322
Практический прогноз	323

Предисловие к Первому изданию

Эта небольшая работа предлагается профессионалам без извинений за ее краткость или форму. Оно было подготовлено в связи с острой потребностью в подобном руководстве в наших колледжах и предлагается за рубежом под впечатлением, что многие практикующие хиропрактики испытывают такую же потребность.

Он предназначен для удобного справочного и клинического использования и составлен максимально систематично, стиль везде приносится в жертву полезности.

Автор не претендует ни на происхождение какого-либо предмета этой книги, ни на изобретение какого-либо из движений, описанных в разделе "Техника приспособления". Расположение и фразеология в основном взяты из оригинала. Целью было просто изложить в практичной и удобной форме для студентов и практиков определенные знания, которыми сейчас обладают и используются в нашей профессии.

Автор чувствует себя в долгу перед всей профессией за информацию, воплощенную в этой работе, и перед учеными всех времен, на результатах чьих бесконечных и кропотливых исследований основано наше сегодняшнее продвижение; перед многими друзьями и коллегами, чьи ценные критические замечания и предложения помогли в этом труде; и перед своими учениками, прошлыми и настоящими, которые обеспечили необходимую поддержку и вдохновение для создания этого первого учебника автора.

Главным достоинством этой работы — если таковая вообще существует — является ее честность. Автор постарался честно и просто изложить факты и гипотезы, с которыми нам приходится иметь дело. Ее главное преступление, по мнению многих, будет заключаться в том, что она является именно тем, за что себя выдает, — книгой по хиропрактике. Конструктивная критика и предложения приветствуются из всех источников, ибо благодаря нашему обмену мыслями мы растем.

Дж . М. Л.

Предисловие ко Второму изданию

Переиздание этой книги стало возможным благодаря неизменной дружбе специалистов с ней, и автор выражает благодарность ее многочисленным покупателям и читателям, которые своими рекомендациями сделали возможным и необходимым то, что эта книга должна жить и развиваться.

Новое издание было несколько расширено за счет введения дополнительных материалов в каждый раздел и добавления двух совершенно новых глав, посвященных “Предпочтительным коррективкам” и “Прогнозу хиропрактики”. Добавлены новые таблички и исправлены старые ошибки. Всеми способами предпринимались попытки консерватизмом выразить реальный прогресс, достигнутый хиропрактикой с тех пор, как первое издание было сдано в печать.

Дж . М. Л.

Введение

Нет двух студентов, впервые приступающих к изучению хиропрактики, которые подходили бы к ней с одинаковой точки зрения. Их точки зрения различаются. Чтобы все могли получить как можно более близкую точку зрения для рассмотрения по очереди разделов этой книги, было бы хорошо, если бы каждый студент прочитал всю книгу целиком, прежде чем начинать запоминать ее части и преобразовывать их в практические знания.

Следует приложить усилия, отбросив все остальное, чтобы усвоить *точку зрения хиропрактики*. После этого остальная часть задачи требует только времени и терпения, без лишних затрат труда. Раздел, посвященный пальпации позвонков, следует изучать шаг за шагом, изучение каждого шага сочетать с практикой в нем. Аналогично, раздел об отслеживании нервов, теория предшествует практике. Изучение техники настройки должно занимать те месяцы, которые непосредственно предшествуют началу реальной практики настройки, и продолжаться в течение такой практики. Главы, посвященные практике, предназначены для студентов, которые собираются приступить к работе в этой области. Таблица спиноорганических связей может быть лучше всего понята теми, кто изучал или изучает анатомию и физиологию нервной системы.

Пусть каждая страница будет изучена с помощью хорошего медицинского словаря, открытого под рукой у читателя. Не пропускайте ни слова без понимания, ни одной детали без мастерства. Тот, кто стремится изменить жизненные процессы человеческого организма, должен обезопасить себя от фатальных ошибок с помощью каждой крупницы знаний, которые он может приобрести.

ПАЛЬПАЦИЯ ПОЗВОНКОВ

Определение

Пальпация позвоночника заключается в использовании тактильных ощущений для определения положения, соотношения, размера, формы и, насколько это возможно, состояния сегментов позвоночного столба, чтобы таким образом выявить первичные причины, указывающие на заболевание.

Или пальпация позвонков - это название, данное ручному исследованию позвоночных позвонков.

Общие положения

Каждая пальпация должна производиться с учетом регулировки положения позвонков. Запись пальпации должна служить правильным руководством относительно направления регулировки. Не должно быть зафиксировано ни одного подвывиха, который невозможно было бы скорректировать.

Две основы правильной пальпации - это *точное восприятие* и *правильное мышление*. Для обеспечения первого здесь изложен определенный одобренный способ использования рук и требуется значительное развитие тактильных ощущений путем практики. Правильное рассуждение зависит от знания всех важных фактов, касающихся позвоночника, и правил, регулирующих пальпацию.

Требуется абсолютная концентрация, и с этой целью действуют многие из следующих правил.

Привычки при пальпации

Каждый палпатор бессознательно формирует привычки мышления и действия. Эти привычки могут быть хорошими или плохими. Мы намеренно формируем привычку держать первые три пальца близко друг к другу или использовать скольжение вниз, но нам следует избегать привычки находить определенные подвывихи, потому что они обычные и ожидаемые, а не потому, что они есть на самом деле. Например, человек может легко выработать привычку перечислять все остальные позвонки в позвоночнике, таким образом, вся его история болезни зависит от его первого выбора.

Из-за этой совершенно естественной тенденции устанавливать распорядок мыслей и действий и точно следовать ему, лучше всего не пытаться производить пальпацию без помощи опытного преподавателя до тех пор, пока не будут сформированы правильные привычки. Однажды сформированную привычку к пальпации, правильную или неправильную, очень трудно сломать. Многие учителя напрасно тратили себя на то, чтобы исправить какую-нибудь техническую ошибку, допущенную учеником в ходе неуклюжего ненаправленного судебного разбирательства.

Факты, касающиеся позвоночника

Позвоночный столб состоит из двадцати шести сегментов, называемых позвонками, двадцати четырех подвижных и двух фиксированных. Подвижные позвонки для удобства исследования разделены на три секции. У нормального человека семь шейных позвонков, двенадцать дорсальных и пять поясничных. В редких случаях количество дорсальных или поясничных позвонков может варьироваться на один. Эти изменения происходят примерно в одном позвоночном столбе из каждых пятисот и обычно локализуются в поясничной области, которая может содержать четыре или шесть позвонков. Выступающий первый крестцовый остистый отросток может быть ошибочно принят за дополнительный поясничный отдел.

Пять позвонков имеют особые названия. Первый шейный называется Атлантом; второй шейный - Осью; седьмой шейный широко известен как Выступающий позвонок из-за его длинного и большого остистого отростка, хотя этот длинный отросток принадлежит шестому шейному или первому спинному отростку в 35% всех случаев; большой, неправильной формы позвонок чуть ниже поясницы и между подвздошными костями называется крестцом; а меньший под ним - копчиком. Последнее иногда отсутствует.

Каждый позвонок, за исключением Атланта, состоит из тела и дуги; дуга состоит из двух ножек, коротких толстых костных пластинок, отходящих наружу и назад от заднебоковой поверхности тела ближе к его верхней, чем к нижней границе, двух пластинок, тонких костных пластинок, отходящих назад и внутрь от их соединения с ножками и соединяющихся сзади, образуя остистый отросток, и имеет выступающие из него семь отростков: два поперечных, один остистый и четыре суставных, два из которых верхние и два нижних. Отверстие, окруженное телом, ножками и пластинками, называется нервным или позвоночным отверстием, а канал, образованный соединением этих отверстий и заверченный связками, объединяющими дуги, называется нервным, позвоночным или спинномозговым каналом. Он содержит спинной мозг с его оболочками и корешками спинномозговых нервов. Посредством четырех суставных отростков каждый истинный позвонок, за исключением первого, сочленяется со своими собратьями сверху и снизу.

Тело позвонка является его самой большой частью и соединено со своими собратьями фиброзно-хрящевыми дисками, которые достаточно эластичны, чтобы допускать некоторое скручивание и сжатие. Девять наборов связок, включая только что упомянутое межпозвоночное вещество, прочно связывают позвонки вместе. К позвоночному столбу прикреплено множество мышц.

Межпозвоночные отверстия представляют собой отверстия по бокам позвонков, образованные зазубринами сросшихся ножек. Эти отверстия окружены костями, хрящами и связками и различаются по форме в разных отделах позвоночника. Они обеспечивают выход спинномозговых нервов и их оболочек, повторный вход некоторых нервных волокон в нервный канал и прохождение кровеносных сосудов к спинному мозгу и от него. Вся философия хиропрактики сосредоточена на межпозвоночном отверстии, потому что там мы находим первопричину всех патологических изменений в организме.

Остистые и поперечные отростки заслуживают особого описания, поскольку они являются рычагами, с помощью которых вправляются позвонки и устраняются повреждения нервов в межпозвоночных отверстиях. Но проще всего будет описать эти процессы отдельно в разных

отделах позвоночника, и прежде чем перейти к этому описанию, будет представлена краткая картина специфических позвонков.

Атлант представляет собой костное кольцо, состоящее из двух дуг, передней и задней, разделенных в недавнем состоянии поперечной связкой. Его тело отделено и выглядит как зубовидный выступ вверх от тела Оси, зубовидного отростка, который сочленяется с передней дугой Атланта и вокруг которого Атлант вращается, образуя кольцо вокруг оси. Атлант поддерживает голову на своих боковых массах, двух клиновидных телах между передней и задней дугами, более тонких внутри, чем снаружи. У него нет остистого отростка, а просто бугорок там, где соединяются пластинки, так что прощупать его можно только с боков на кончиках его длинных поперечных отростков. Первые шейные, или субокципитальные, нервы выходят через желобок над ножками, а не через затылочное отверстие.

Ось, или вторая шейка матки, отличается большим, сильным остистым отростком, раздвоенным на кончике, верхними суставными отростками, которые опираются на тело, ножки и поперечные отростки, а также зубовидным отростком, выступающим из тела.

Седьмой шейный, или выступающий позвонок, обычно имеет большой остистый отросток, не имеет отверстий в поперечных отростках или только в одном, левом, и не имеет фасеток на теле или поперечного сочленения ребер, как на дорсальных.

Крестец - самый большой позвонок; изогнут своей выпуклостью назад; обычно состоит из пяти сросшихся сегментов; имеет только рудиментарные остистые и поперечные отростки, кроме первого; и имеет шестнадцать отверстий, восемь передних и восемь задних, или по четыре с каждой стороны от срединной линии спереди и столько же сзади. Эти отверстия обеспечивают раздельный выход переднего и заднего первичных отделов крестцовых нервов.

Копчик, обычно состоящий из четырех сросшихся сегментов, представляет собой треугольную кость, которая сочленяется с крестцом выше и свободна на своем дистальном конце. Его часть нервного канала открыта кзади и содержит лишь нитевидное окончание оболочек спинного мозга. Он часто прикреплен к крестцу, иногда в неправильном положении, так что задевает единственную пару копчиковых нервов.

Различные участки позвоночника демонстрируют явные различия в строении, хотя все они похожи друг на друга. Шейные позвонки самые маленькие, следующие по размеру спинные, а поясничные - самые крупные и прочные из подвижных позвонков. Дорсальные кости имеют фасетки и полу-фасетки для сочленения двенадцати пар ребер с их телами и межпозвоночным веществом, а также овальные фасетки на передней стороне их поперечных поверхностей для сочленения с бугорками ребер.

Остистые отростки самые маленькие и обычно раздвоены до пятого включительно. На шестой может быть видна простая бифуркация, или на любой шейке матки бифуркация может быть настолько маленькой, что к ней невозможно прикоснуться. Остистый отросток второго перекрывает острый отросток третьего, что очень затрудняет обнаружение последнего. Действительно, все шейные остистые отростки вплоть до шестого пальпировать труднее, чем в других областях, из-за переднего изгиба шейки матки. Отростки лежат в углублении между выступающими мышечными гребнями.

Спинные остистые отростки обычно одиночные, хотя у некоторых особей последние четыре, три, два или один могут иметь явное раздвоение. Они несколько заострены и накладываются друг на друга, за исключением нижних, причем наибольший наклон наблюдается в средней части спины и наименьший - на первой и последней спинной кости.

Поясничные позвонки имеют широкие остистые отростки с плоскими концами, намного большие, чем остальные. Последняя спинная часть может иногда по форме напоминать поясничную, так что изменение формы, обычно предполагаемое для обозначения разделения между спинными и поясничными отделами, не всегда является безошибочным ориентиром.

Поперечные отростки в шейной области очень короткие и располагаются близко перед суставными отростками. Они прокалываются отверстиями для позвоночной артерии и вены, за исключением седьмой, которая может иметь одно отверстие или вообще не иметь его. Они труднодоступны для пальпации из-за их короткости и количества вышележащих мышц, но могут быть достигнуты спереди и сбоку путем оттягивания грудино-сосцевидного отростка. Они увеличиваются в длину со второго по седьмой.

В дорсальной области поперечные выступы крупнее, прочнее и более постоянны по размеру, форме и направлению, служа для поддержки реберных сочленений. Они проходят в изогнутом направлении наружу, назад и немного вверх от соединения пластинок и ножек и заканчиваются большим подкожным булавовидным выступом, который легко пальпируется. Одиннадцатая и двенадцатая спинные поперечины не сочленяются с ребрами, и поэтому их следует использовать с осторожностью или не использовать вообще в качестве рычагов для регулировки. Спинные поперечные отростки расположены на более высоком уровне, чем остистые отростки. В случае трех верхних дорсальных костей поперечная лежит в плоскости, которая пересекает срединную линию позвоночника между ее собственной и следующей верхней остистой костью. В средней части спины поперечное сечение совпадает с остистостью верхнего позвонка, хотя соотношение может незначительно отличаться. Нижние дорсальные кости возвращаются в то же положение, что и верхние.

Поперечные отростки поясничных отделов относительно легкие по сравнению с общей структурой позвонков и обнаруживаются ровно в промежутке между их собственным и прилегающим верхним остистым отростком. Они сильно различаются по размеру, длине и силе и могут использоваться в качестве рычагов для регулировки только тогда, когда они достаточно велики, чтобы их можно было четко прощупать сквозь мышечную массу, отделяющую их от поверхности тела.

Подготовка пациента

Во всех случаях, когда предполагается полное обследование позвоночника, подготовка, по сути, одинакова. Попросите пациента одеть одежду так, чтобы позвоночник был открыт для прикосновения на всем протяжении. Избегайте повязок из ткани поперек позвоночника, так как они мешают необходимому непрерывному скользящему движению пальцев. Посоветуйте пациентке, если это женщина, носить пояс или перевязочный мешок наоборот, а юбки ослабить на талии. Если это мужчина, то он должен раздеться до пояса и надеть пиджак или рубашку наоборот.

Положение пациента

Это значение сильно варьируется в зависимости от обстоятельств, но для общих целей используйте position:

(А) усадите пациента на стул, ноги поставьте ровно на пол, а тело примите удобное, расслабленное положение. Это можно изменить, попросив его наклониться вперед и равномерно упереться локтями в колени, чтобы облегчить пальпацию поясницы. Голова пациента может быть выпрямлена или согнута вперед или назад, но никогда не должна поворачиваться или сгибаться вбок во время пальпации шейки матки, за исключением случаев определения местоположения какого-либо конкретного поперечного отростка.

(В) В экстренных случаях, когда требуется спешка или пациент не может принять сидячее положение, или для повторной проверки предыдущей пальпации положите пациента на регулировочный столик ничком, лицом вниз. (См. [Рис. 2.](#)) Помните, что когда голова лежит на боку, верхние спинные позвонки принимают форму изгиба, отклоняясь выпуклостью от лица. Пальпация в положении (В) должна предшествовать каждой корректировке и, во избежание ошибок, должна рассматриваться как необходимая предварительная процедура перед перемещением любого позвонка.

(С) Для проведения пальпации, подготовительной к использованию вращательных, брейковых и других движений, уложите пациента на спину так, чтобы его голова выступала за верхний край скамьи и опиралась на кисти и запястья пальпатора, или положите голову пациента на скамью в менее доступном положении.

Общее наблюдение

Каждое обследование позвоночника должно начинаться с общего осмотра, с помощью которого можно оценить искривления, выраженные выступы и т.д. Часто можно отметить какой-нибудь очень важный факт, который ускользнул бы от внимания при тщательном рассмотрении.

РЕКОРД

Протокол пальпации позвоночника по завершении должен содержать точную историю нарушений, обнаруженных в позвоночнике, и точное руководство по корректировке. Оно должно быть кратким, а также легкодоступным для понимания. Пользователь должен иметь возможность сразу увидеть любую желаемую точку на записи, чтобы ее можно было использовать во время корректировки без неоправданной потери времени или внимания. Очевидно, что введение любого бесполезного знака, такого как указание номера и пустого места для каждого позвонка позвоночника или всех возможных подвывихов с указанием того, какие из них существуют, а какие нет в данном случае, является ошибкой.

Запись должна содержать три параллельных столбца. В первом столбце укажите номер позвонка, выбранного для коррекции. Во втором укажите направление подвывиха. В третьем поле поместите слово или знак, обозначающий указанное движение, для исправления.

Количество позвонков

Буква С используется для обозначения шейного, D спинного, L поясничного и S крестцового отделов в записи. Сразу после буквы, обозначающей область, поставьте цифру, которая показывает положение в этой области, занимаемое данным позвонком, *отношение* этого позвонка к своим собратьям. Например, третий шейный позвонок - С3, одиннадцатый спинной - D11. К букве S для обозначения крестца добавьте В или А, чтобы указать, что Основание или вершина описываются как положение. Это *определяет местонахождение* подвывиха. Для записи полной пальпации позвоночника нет необходимости использовать буквы С, D или L более одного раза, поскольку подвывихи регистрируются в порядке их возникновения сверху вниз. После номера позвонка всегда должно быть прочерк, отделяющий его от букв во втором столбце для удобства чтения.

Направление подвывиха

Направлений, рассматриваемых при пальпации или регистрации подвывихов, всего шесть, а именно:

Название	Аббревиатуры	, означающей
Задний	P	По направлению к задней части (Дорсад),
Передний	A	По направлению к передней части (Вентрад),
Правый	R	По направлению к правой руке,
Левой	L	По направлению к левой руке,
Верхний	S	По направлению к голове (Cephalad),
Нижний	I	По направлению к ногам (Caudad),

Когда пальцы скользят вниз по позвоночнику, именно *задний* позвонок встает на пути пальцев, заставляя их описывать изгиб наружу. Именно холм на автомобильной дороге вынуждает преодолевать криволинейный съезд с ровной дороги. Он находится *относительно* сзади от своих собратьев вверху и внизу.

Передний позвонок для скользящих пальцев означает углубление, долину. Это приводит к тому, что пальцы опускаются внутрь от уровня их хода.

Оценить подвывих справа или слева можно, проведя кончиками пальцев по бокам остистых отростков. Это действительно указывает на вращение всего позвонка чаще, чем на любое другое неправильное положение.

Мы говорим, что позвонок является *верхним*, когда его остистый отросток находится ближе к верхнему, чем к нижнему. Это требует измерения относительных расстояний. Степень превосходства позвонка измеряется не его фактической близостью к соседнему позвонку, а соотношением между пространством вверху и пространством внизу.

Аналогично, позвонок является *нижним*, когда он ближе к своему собрату снизу, чем к собрату сверху.

Передний подвывих как таковой регистрируется редко, за исключением шейного или последнего поясничного отделов, поскольку хиропрактике неизвестны способы их правильной коррекции.

Порядок букв

Во втором столбце, посвященном направлению подвывиха, должна появиться буква R или A, если она вообще есть, поскольку это передне-заднее соотношение является первым, что необходимо определить относительно любого выбранного индивидуального подвывиха, за исключением Атланта. В случае с Атласом первой буквой будет R или L. Далее латеральность или вращение обозначается буквой R или L во всех случаях, кроме подвывиха атланта. Наконец, буква S или I указывает на последнюю точку, подлежащую определению, -*приближение* позвонка к его собратьям. Эта последняя буква обычно указывает на истончение межпозвоночного фиброзно-хрящевого материала, что будет обсуждаться в другом месте.

Если вы хотите подчеркнуть, что какое-либо направление важнее другого, подчеркните букву, обозначающую это направление, одной линией. Если необходимо подчеркнуть два направления, одно больше другого, подчеркните одно двумя линиями, а другое - одной. Например, если обнаруживается, что позвонок находится совершенно определенно сзади, *более* явно справа и *немного* выше, запись покажет это следующим образом: *P R S*.

Движение для коррекции

Это указывается в третьей колонке, отделенной от второй прочерком, с помощью некоторого краткого слова или слов, описывающих определенное движение, используемое при регулировке. Все описательные слова и термины, используемые в этой работе, приведены и объяснены в разделе "Техника корректировки". (См. [стр. 89](#).) Каждое слово или термин обозначает определенный метод процедуры. Наилучшее движение для коррекции любого подвывиха любого позвонка можно найти, обратившись к разделу о [Предпочтительных регулировках](#), [стр. 155](#). Если другие термины будут более знакомы студенту или со временем заменят те, которые сейчас широко используются в профессии, они будут краткими и ясными и могут быть легко заменены приведенными.

Пальпация, фиксирующая в сознании пальпатора способ и направление подвывиха, также должна предлагать в качестве очевидной коррекции движение, рассчитанное на обратную процедуру, с помощью которой подвывих был впервые произведен. Другими словами, определенный вид подвывиха представляет собой результат определенного приложения силы по определенным линиям, определяемым при обследовании. Его коррекцию следует производить в обратном направлении по тем же линиям. Фиксируя с помощью протокола подвывиха желаемую коррекцию, специалисту по коррекции можно ежедневно напоминать без повторной пальпации о движении, наиболее подходящем для данного случая. Если в ходе испытания будет решено, что какое-либо другое движение, отличное от указанного вначале, лучше устранил отклонение, запись следует изменить в соответствии с решением и следовать ему в дальнейшем.

Полная запись

Заполненная запись в трех столбцах, разделенных тире, удобна для чтения. Она не содержит никаких лишних пометок любого рода. Она содержит всю необходимую информацию, ведущую к коррективке, за исключением диагноза и истории болезни. Эта запись пальпации должна быть частью более подробной записи, касающейся случая в полном объеме, и ее лучше всего вести на карточке, на обратной стороне которой указана история болезни. Если оно хранится в индексированной картотеке, к нему можно обращаться ежедневно без потери времени и быть уверенным в точном рассмотрении каждого случая.

Со стороны записи пальпации карточка должна быть абсолютно пустой. Для удобства чтения проведите жирную линию под последним зарегистрированным шейным подвывихом и еще одну под последним спинным, разделив таким образом запись по мере разделения позвоночника на три части.

Ниже приводится образец записи пальпации. Будет видно, что здесь на очень небольшом пространстве может быть записан большой объем информации, поскольку эта запись содержит точный список основных причин каждого заболевания, слабости или тенденции к заболеванию, которыми страдает пациент, вместе с методами их устранения.

Образец записи

C	1	R	Перерыв
	4	P L S	Двойной контакт
	7	L I	Поворотный

D	3	P R	Отдача
	7	Л С	Гороховидный Одиночный Поперечный
удар пяткой	10	P.s.	

L	1	П Л И	Отдача
	4	R	Поясничный Одиночный Поперечный

Использование записи

Приведенная выше запись сделана сидящим пациентом. Ее следует использовать, когда пациент лежит на регулирующей скамье. Наиболее удобный способ - начать пальпацию в дорсальной области после того, как пациент был помещен для коррективки, таким образом. Если первым зафиксированным подвывихом является D2—Pr I, найдите позвонок в области D2, который виден на ощупь. Чтобы избежать ошибки, позвольте пальцам затем скользнуть вниз к следующему зафиксированному подвывиху. Если будет установлено, что их количество и направление совпадают с записью, можно с уверенностью предположить, что первая найденная была правильно пронумерована в сознании исследователя; если нет, то была допущена ошибка. Это можно сделать быстро. Перед каждой регулировкой следует убедиться, что скорректированный позвонок соответствует записи; таким образом можно гарантировать постоянную точность.

ГРАФ

Описав подготовку пациента и различные положения, в которых его можно пальпировать, отметив, что все записи должны делаться в положении А, упомянув общее наблюдение, которое должно непосредственно предшествовать фактической пальпации, и вставив описание записи, которая должна быть сделана во время пальпации, с последующим ее использованием, мы теперь готовы рассмотреть технику самой пальпации. Процедуру следует начинать с подсчета позвонков и продолжать пальпацией атланта, общим осмотром группы позвонков и специальным осмотром отдельных подвывихов в группе. Каждая из этих задач будет рассмотрена по очереди.

Положение Пальпатора

Это зависит от положения пациента. Следующие буквы соответствуют буквам, описывающим положение пациента. вопрос. v.

(А) Если вы хотите произвести пальпацию правой рукой, встаньте слева от пациента и повернитесь к нему лицом, положив левую руку ему на плечо или поддерживая лоб при пальпации дорсальных или шейных отделов соответственно. Чтобы использовать левую руку, встаньте аналогично справа от пациента. Рука, производящая пальпацию, должна быть расслабленной и непринужденной, максимально вытянутой, чтобы предплечье и кисть составляли прямой угол с позвоночником пациента. Пусть рука все время остается близко к телу пациента. Держите локоть близко к собственному телу и избегайте сгибания запястья на предплечье или предплечья на руке более чем под прямым углом, поскольку такое сгибание вызвало бы слишком большое мышечное напряжение для тщательного восприятия тактильных ощущений. При необходимости наклонитесь в сторону и приподнимите плечо и пальпирующую руку, чтобы сохранить правильное соотношение между кистью и предплечьем, когда кисть должна быть приподнята, как при пальпации верхних отделов шейки матки.

(В) Как указано выше, если вы хотите использовать правую руку, встаньте с левой стороны от пациента, а если левую, то с правой. Если пациент лежит на скамье, сконструированной таким образом, что голова наклонена набок, его лицо должно быть обращено к пальпаторной области, чтобы можно было использовать ту же руку в шейном отделе, что и в других областях. Переходить из рук в руки нецелесообразно, за исключением случаев, когда это абсолютно неизбежно. Если голова пациентки должна быть повернута в противоположную от вас сторону, пальпируйте шейку матки, стоя так, чтобы ноги были направлены в сторону от пациентки, и поворачивайте свое тело, положив одну руку на голову пациентки, чтобы удерживать ее ровно, а другой проводя пальпацию, как если бы вы стояли с другой стороны. Это сложно, и редко возникает необходимость в подсчете шейки матки в положении В, если использовать запись, как рекомендовано на стр. 29.

(С) Пальпация, подготовительная к коррективке шейки матки, будет производиться в этом положении или в положении А, в зависимости от того, собираетесь ли вы корректировать шейку матки в положении лежа или сидя. В положении лежа голова пациента поддерживается одной рукой, в то время как другая рука прикладывается кончиками первых трех пальцев к кончикам остистых отростков, из этого положения они могут плавно скользить вниз, отмечая отклонения

от нормального положения, а также мысленно пронумеровывая позвонки. Хотя этот метод пальпации не такой точный, как те, что приведены в других источниках, и его следует использовать только в качестве дополнительного средства после проведения записи, всегда будет необходимо произвести подсчет перед корректировкой шейки матки.

Использование рук

В целом можно утверждать, что первые три пальца одной руки используются с легким скользящим движением вниз, при котором только *кончики* трех равномерно расположенных пальцев соприкасаются с телом пациента. Это концентрирует внимание на очень маленькой тактильной поверхности, которая при концентрации может стать чрезвычайно чувствительной. Действительно, можно сказать, что пальпация позвонков стала искусством только благодаря применению принципа концентрации на практике. Скользящее движение всегда *вниз*, потому что пальпация снизу вверх приведет к массажированию поверхностных тканей под пальцами и путанице пальпатора. Если по ходу осмотра у пальпатора возникает неуверенность относительно принадлежности какого-либо позвонка, он должен вернуться ко второму шейному позвонку или к любому определенно узнаваемому позвонку, который ранее фиксировался в памяти, и повторить.

Использование рук для пальпации атланта отличается от их использования в других местах и будет описано в отдельной главе. Использование рук, когда пациент лежит лицом вверх, также отличается. Если пациент лежит ничком, используются те же три пальца и такое же скольжение вниз, что и при положении пациента сидя.



Рис. 1. Положение рук при пальпации для записи.

Когда пациент сидит, пальпатор должен ходить из стороны в сторону, часто меняя руки и обычно пальпируя каждый позвонок каждой рукой, прежде чем прийти к заключению. На это есть три причины. Более точные записи могут быть сделаны путем комбинирования двух разных

отпечатковна каждом позвонке; при частой смене рук можно предотвратить утомление и последующую потерю чувствительности пальцев; эта практика развивает органы осязания обеих рук в равной степени, так что, если обстоятельства требуют использования только одной руки, она подходит для выполнения задачи. Владеть обеими руками во всех областях хиропрактики - бесценное достижение, которым слишком часто пренебрегают.

Граф

Начните со второго шейного отдела, первого остистого отростка ниже затылочного бугра, и позвольте пальцам плавно скользить вниз по кончикам или по бокам остистых отростков, *не прерывая движения*, пока они не достигнут крестца. Пальпатор отмечает каждый пройденный позвонок и его количество — мысленно, — так что, когда он достигает крестца, он знает, что прошел каждый промежуточный позвонок и получил от каждого ощущение прикосновения. Сам крестец обычно можно узнать по его своеобразной форме, а также по сочленению с подвздошной кишкой.

Если пальцы приподнимаются от соприкосновения во время счета, пальпацию следует возобновить на втором шейном отделе. Невозможно точно заменить удаленную руку, пока не будет произведен подсчет и не будут запоминаться особенности определенных позвонков вместе с их номерами.

Чтобы определить расположение четвертого отдела поясницы, где из-за ожирения, липомы, шейного лордоза и т.д. пальпация шейки матки или крестца затруднена, опуститесь на пятки позади пациента и положите вторые пальцы каждой руки на гребень подвздошной кишки. Затем пусть большие пальцы соединятся на средней линии позвоночника в той же горизонтальной плоскости, что и два вторых пальца, это место должно соответствовать промежутку между третьим и четвертым поясничными отделами. Это измерение является точным примерно в 98% всех случаев, когда пациент сидит прямо; при изменении оно будет отличаться примерно на половину ширины поясничного остистого отростка.

Отсчет следует повторять до тех пор, пока пальпатор не убедится, что он в состоянии отчетливо прощупать каждый остистый отросток или точно определить местонахождение любого неосязаемого отростка. Производя подсчет, пальпатор может отметить количество некоторых очень выступающих и легко узнаваемых спинного или поясничного позвонков, которые будут использоваться в качестве отправной точки для пересчета, если позже возникнет путаница. Такой пересчет по некоторым выступающим позвонкам допустим только после проведения первого точного подсчета, но тогда будет сохранен полный подсчет, особенно когда пациент находится в неблагоприятном положении, например, лежа на столе во время регулировки.

Трудности при подсчете

Наиболее распространенными трудностями, с которыми приходится сталкиваться при подсчете, являются следующие:

Недоступность третьей шейки матки, которая находится близко под остистым отростком второй и, если только она не необычно большая или несколько не в своем надлежащем положении, не может быть легко прощупана.

Иногда возникает передняя четвертая или пятая шейка матки, которая может остаться незамеченной, если не сильно наклонить голову или не осмотреть поперечные отростки.

Липома или другая жировая ткань, покрывающая часть позвоночника.

Отсутствие эпифизарной пластинки в результате перелома и рассасывания, отсутствие которой может имитировать широкое межфизарное пространство и быть незамеченным без тщательного и детального наблюдения.

Шейный или поясничный лордоз. Эту трудность можно, по крайней мере частично, преодолеть, сильно наклонив голову вперед или наклонив корпус вперед, опираясь локтями на колени, и намеренно попытавшись со стороны пациента сделать спинно-поясничный отдел позвоночника выпуклым назад.

Передняя пятая часть поясницы.

Случайный дополнительный позвонок, который сбивает с толку пальпатор.

Наконец, величайшая из всех трудностей - это несовершенное прикосновение нетренированного пальпатора или несовершенная концентрация тренированного. И это всегда можно исправить.

ПАЛЬПАЦИЯ АТЛАНТА

Расположив пациента в нужном положении, встаньте *позади* него и положите кончики вторых пальцев на кончики поперечных отростков Атланта, или первого шейного отдела. Его можно прощупать с каждой стороны чуть впереди и ниже сосцевидного отростка височной кости. Расположите первый и безымянный пальцы соответственно выше и ниже поперечин и определите, подвывихнут ли атлант в целом вправо или влево.

Другим удобным методом является:

Положите первые пальцы на сосцевидные отростки, вторые - на атлантические поперечины, а третьи - на угол челюсти. Тогда три пальца каждой руки образуют вершины треугольника. Представьте базовую линию между первым и третьим пальцами и измерьте высоту в виде линии, расположенной под прямым углом к этой базовой линии и доходящей до кончика второго пальца как вершины треугольника. Соотношение двух высот определяет горизонтальность Атласа. Таким образом, если высота прямоугольного треугольника меньше высоты левого, то Атлас смещается вбок вправо.

Вторым вопросом, который необходимо определить, является *вращение* Атласа. Это делается с помощью указательного и безымянного пальцев в качестве зондов для определения объема пространства между поперечной и нижней челюстью спереди или сосцевидным отростком сзади. Цель состоит в том, чтобы сравнить выступающую в поперечном направлении сторону с другой, чтобы буква А или Р на записи указывала положение выступающей поперечной стороны по сравнению с ее аналогом.

Затем примите решение о *чаевых*. Все еще сравнивая выступающий поперечный выступ с другим, определите, находится ли он выше или ниже уровня другого, следующим методом.

Расположив первые три пальца один над другим так, чтобы второй был на кончике отростка, обратите внимание, какой поперечный отросток находится выше всего в пространстве под ухом. Запишите выступающую сторону как S или Превосходящую, I или Низшую.

Пальпация атланта особенно затруднена из-за особой техники и промежуточных сухожилий грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Положение головы

Для пальпации атланта существует три положения головы. Голова выпрямлена, обращена вперед; голова наклонена вперед на груди; голова отклонена назад. Иногда для принятия решения необходимо протестировать все три позиции, но обычно достаточно первой.

ГРУППОВОЙ МЕТОД

В общей пальпации позвоночника автор добился наибольшего успеха и достиг наибольшей точности, благодаря чему получил название Группового метода. Это заключается в мысленном разделении позвоночника на пять групп или отделов, каждый из которых перекрывает своих собратьев, за исключением концевых групп. Это выгодно по нескольким причинам.

Это несколько ограничивает внимание ощупывающего, так что он может тщательно и детально исследовать различные позвонки, не задерживая свое внимание настолько пристально на одном из них, чтобы он не смог уловить его связь с окружением. Он предоставляет пять или шесть позвонков одновременно для сравнения, чтобы можно было определить, какой из них *наиболее* подвывихнут и, следовательно, больше всего нуждается в корректировке, а затем позволяет рассуждать об остальных членах группы с учетом этого серьезного подвывиха.

Использование группового метода лучше всего можно понять, изучив определенные дидактические инструкции, которые следуют:

Никогда не фиксируйте и не корректируйте два подвывиха смежных позвонков, за исключением тех необычных случаев, когда они одинаково подвывихнуты и в одном направлении; даже тогда разумнее всего корректировать их поочередно. Следует иметь в виду, что только в *исключительных* обстоятельствах следует указывать два смежных позвонка. Групповой метод ценен главным образом из-за этого правила, позволяющего не упускать из виду наиболее важный подвывих, выбирая его *первым*.

Рассмотрим позвоночник как разделенный на пять групп; к первой группе относятся шейные позвонки ниже Атланта; ко второй - седьмая шейная и первые пять дорсальных костей; к третьей - позвонки от четвертой до восьмой дорсальной кости включительно; к четвертой - последние пять дорсальных костей и иногда первая поясничная; и к последней группе - все поясничные позвонки и основание крестца. Рассматривайте здесь первый крестцовый остистый отросток, а не весь крестец, и помните, что этот отросток должен как бы завершать правильный поясничный изгиб. Эта группировка может быть несколько изменена в зависимости от необходимости пальпации в каждом конкретном случае, но рассматриваемая группа всегда должна включать от четырех до семи позвонков.

В каждой группе аналогичным образом подбирают подвывихи. Позвольте пальцам скользить по группе, сначала по кончикам, а затем по бокам остистых отростков, и обратите внимание, что какой-то один позвонок выделяется как самое резкое отклонение в группе, указывая таким образом на его выбор. Помните, что ни верхний, ни непосредственно нижний позвонки нельзя регулировать. Это сужает поле вашего наблюдения для этой группы до двух, трех или четырех оставшихся позвонков.

Затем выберите в группе другие, которые необходимо внести в список, но которые не противоречат правилу против смежных подвывихов. Определите и запишите точное направление каждого из них. Когда это будет сделано, таким же образом осмотрите следующую нижнюю группу и продолжайте до тех пор, пока не будет прощупан весь позвоночник.

Атлант следует рассматривать отдельно, а не как часть какой-либо из вышеупомянутых групп, и о его положении судят скорее по отношению к голове, чем к другим позвонкам; крестец также требует индивидуального внимания, его сравнивают с поясничным изгибом и подвздошной костью.

Один наиболее выраженный подвывих в группе часто упоминается как “ключевой” для группы, поскольку его исправление эффективно ослабило бы всю группу, а иногда и частично исправило бы очевидные аномалии у остальных. Это также было названо “большим подвывихом”, чтобы отличить его от “незначительных подвывихов”, которые являются другими, менее важными в группе. Этот термин не является удачным, потому что он предполагает то, что не всегда верно, а именно, что механически наибольший подвывих является более мощным, чем любой другой. Иногда более легкий подвывих раздражает нервы, вызывая заболевание более серьезное и вызывающее немедленную тревогу, чем состояние, возникающее после большего смещения.

Пример группового метода

Если при скольжении вниз по остистым отросткам шейки матки замечается, что пятый сильно подвывихнут и его необходимо отрегулировать, этот факт следует помнить некоторое время, пока пальпатор вспоминает, что он не может отрегулировать и не должен указывать шестой или четвертый. Таким образом, для рассмотрения остаются только второй, третий и седьмой разделы, поскольку Атлас был изучен отдельно. Седьмой может быть лучше всего включен в следующую группу при таком выборе, так что пальпатору нужно только выбрать между вторым и третьим шейными отделами, при условии, что не был выбран Атлас, который, если таковой имеется, больше всего требует внимания. Если Атлант был указан, то вместо этого остается только вопрос о том, является ли третий подвывих или нет.

При использовании Группового метода предпочтение не отдается подвывиху в каком-либо конкретном направлении, за исключением того, что ниже шейки матки мы различаем передние, потому что мы не можем их отрегулировать. Групповой метод имеет отношение к определению точек наибольшего давления на нервы, и это зависит от впечатления человека о взаимоотношениях между всеми членами группы. (См. [стр. 80](#) в разделе [Подвывихи.](#))

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДВЫВИХ

Подготовив нашего пациента, обследовав весь позвоночник, тщательно пересчитав позвонки для обеспечения правильной ориентации и специально изучив Атлас, затем разделив

позвоночник на группы и выбрав позвонки для корректировки с учетом степени их неправильного положения, давайте впервые определенно сосредоточим наше внимание на *единственном* позвонке под Атласом.

Перечитайте “[Направление подвывиха](#)” в разделе “[Запись](#)”, стр. 25. Также прочитайте статью “[Подвывихи](#)”, стр. 76.

Имейте в виду, что каждый зарегистрированный подвывих предназначен для коррекции, и не указывайте в своей записи ничего невозможного. Например, передний подвывих в дорсальной области не поддается коррекции и не должен регистрироваться для коррекции.

Запомните шесть заглавных букв, используемых при описании подвывиха.

Используйте только *скользящие движения* вниз тремя пальпирующими пальцами.

Продолжайте считать так, как вы установили для данного конкретного позвоночника, вспоминая один или два очень выступающих и заметных позвонка, количество которых вы отметили.

Используйте легкое прикосновение. При необходимости измените положение пациента, чтобы сделать позвонок более доступным, вместо того чтобы нажимать с большей силой.

Если вы сомневаетесь относительно направления, смените сторону и используйте другую руку. Если вы все еще сомневаетесь, совершите более длительное скольжение, охватив шесть позвонков вместо трех или четырех.

Сосредоточьтесь на своей работе, забыв обо всем остальном.

И представьте себе весь позвонок и его окружение; его тело, ножки и пластинки, поперечные отростки и все сочленения; прежде всего, *мысленно визуализируйте отверстия и нервы*. Оцените по положению каждого позвонка давление в каждом затылочном отверстии. Определите, является ли позвонок повернутым, наклоненным, смещенным вбок, передним или задним, или подвывих происходит в нескольких из этих направлений.

Решите, в каком направлении движение позвонка ослабит наибольшее давление, и составьте соответствующий список.

Никогда не стесняйтесь менять свое мнение, если обнаружите доказательства своей ошибки. При пальпации всегда будьте непредвзяты.

[Пальпация шейки матки](#)

Третий шейный позвонок, лежащий под выступающим остистым отростком большего второго, может быть трудно найти, и поэтому всегда требуется полный подсчет перед перечислением любого позвонка. Требуя от пациентки, находящейся в положении А, наклонить голову вперед и перенести ее вес на руку, которая не пальпирует, можно легче прощупать шейку матки. Помните, что эта поза расширяет промежутки между мышцами, а также заставляет остистые

отростки казаться более расположенными кзади, чем они есть на самом деле, и это различие наиболее заметно в четвертой позе.

Одно разветвление остистого отростка шейки матки может быть длиннее другого и вызывать путаницу, если не соблюдать осторожность при пальпации обоих разветвлений и не обращать внимания на их форму. Этого почти всегда можно успешно достичь.

Иногда мышцы и связки задней части шеи становятся жесткими настолько, что мешают пальпации и в то же время не позволяют пациенту наклонить голову вперед. Обнаружив, что это происходит из-за реальной *контрактуры* и, следовательно, пациент не подвержен произвольному расслаблению, поддержите голову спереди и раздвиньте мышцы пальцами, скользя *под* слоями мышц, насколько это возможно, близко к остистым отросткам.

Поперечная пальпация шейки матки используется для подтверждения результатов исследования остистых отростков или для различения повернутых и смещенных вбок позвонков и изогнутых остистых отростков, когда остистая мышца отклоняется вправо или влево.

Пальпация спины

Дорсальные кости обычно делятся на три группы. Следует помнить, что форма и наклон остистых отростков значительно различаются в этой области. Верхние отростки очень слегка наклонены вниз, средние спинные очень наклонные, а нижние - опять же лишь слегка. Происходит изменение формы, чаще всего на восьмой спинной, которое может быть ошибочно принято за задний подвывих. Отросток здесь становится более горизонтальным и более тупым.

Среди первых четырех дорсальных позвонков можно указать поврежденный боковой или повернутый позвонок, а также задний, поскольку мы можем легко его отрегулировать. В средней группе выбирается либо задний, либо ротированный позвонок в соответствии с оценкой того, какой из них вызывает наибольшее ущемление нерва, и любой из них регулируется. Однако в младшей группе предпочтение обычно отдается заднему позвонку, когда это возможно, потому что поворотные подвывихи указывают на поперечную регулировку, и в этой области несколько опасно использовать поперечные позвонки в качестве рычагов.

Пальпация поясницы

Поясничный отдел и крестец рассматриваются в одной группе. Поясничные отделы, когда пациент выпрямлен, *должны* изгибаться кпереди, а первый крестцовый остистый отросток должен завершать правильный изгиб. Однако это встречается редко; нормой является исключение в любой части позвоночника.

В поясничном отделе мы обычно выбираем повернутый, а не задний позвонок, но исключительно потому, что вращение здесь приводит к наибольшей степени удара. Латеральность остистых отростков, указывающая на вращение всего позвонка вокруг оси, лежащей на поперечной линии между суставными отростками, лучше всего видна, как правило, когда пациент сидит достаточно прямо. Если вы сомневаетесь, попросите пациента наклониться вперед и опереться локтями о колени, в таком положении поясничные отделы отделяются друг от друга, что облегчает обнаружение отдельных остистых отростков, но затрудняет определение *относительного* положения.

Пятый поясничный отдел, если он передний, может быть указан таким образом, образуя исключение из общего правила.

Пальпация крестца—Таза

Сначала пальпируйте крестец как часть поясничной области. Обратите внимание, находится ли основание (верхняя часть) сзади или нет. Затем встаньте позади пациента и обеими руками осмотрите крестцово-подвздошные сочленения. Используйте ладонные поверхности ладонями к телу пациента и тщательно сравните две стороны, чтобы обнаружить неровности, которые указывают на подвывих подвздошной кости или поворот крестца между подвздошными костями на поперечно расположенной оси, проходящей через два сустава, и в этом случае крестец необходимо отрегулировать. Не путайте вывих бедра с компенсаторным наклоном всего таза или неправильную позу сидя, когда только один седалищный бугор поддерживает тело, с подвывихом таза.

Не торопитесь регистрировать подвывихи таза, иначе ваша поспешность немедленно обернется трудностями при регулировке.

Копчик

Копчик может быть отделен от крестца в результате различных несчастных случаев, а затем повторно прикреплен к нему в неправильном положении, что приводит к повреждению прямой кишки или других структур. Защемление копчиковых нервов обычно не имеет значения. Хронический и трудноизлечимый ректальный запор с сопутствующей ему чередой неприятностей *может* быть результатом смещения копчика при анкилозе. Несмотря на многочисленные трактаты, утверждающие обратное, автор утверждает, что другие симптомы встречаются крайне редко.

Для осмотра копчика используйте резиновую накладку на второй палец. Положите пациента лицом вниз и вставьте второй палец в прямую кишку ладонной поверхностью вверх. При обнаружении подвывиха копчика его обычно необходимо сломать резким рывком, чтобы облегчить состояние. После перелома она может рассосаться или повторно прикрепиться к крестцу в лучшем положении, или же она может оставаться свободно подвижной.

ПАЛЬПАЦИЯ В ПОЛОЖЕНИИ В

Это положение используется для большинства регулировок, и поскольку пальпация каждого регулируемого позвонка является необходимым предварительным этапом перед регулировкой, этот метод, хотя и не такой точный, как уже описанный, также должен использоваться.

Использование первых трех пальцев каждой руки и отношение рук к телу пациентки такое же, как в положении А, за исключением пальпации шейки матки, когда лицо пациентки отвернуто. Будет очень сложно произвести правильный полный подсчет, особенно для подсчета шейки матки, в этом положении, и лучше использовать уже подготовленную запись.

Спинные мышцы

Начните пальпацию с первой спинной мышцы или рядом с ней в этом положении. Найдите позвонок, направление которого совпадает с первым зарегистрированным дорсальным подвывихом; пусть пальцы скользят вниз, пока не достигнут позвонка, который, согласно первому решению, будет соответствовать по номеру *следующему* подвывиху в записи. Если это также согласуется с направлением записи, можно с уверенностью предположить, что вы точны в своей нумерации. Впоследствии, во время этой корректировки, подсчет может быть произведен или повторен для любого выступающего позвонка, номер и принадлежность которого легко распознать.



Рис. 2. Пальпация в положении В, подготовительная к корректировке.

Поясничные отделы

Может быть трудно сосчитать или иным образом пальпировать поясничные отделы в этом положении из-за увеличения нормального переднего изгиба, когда пациент подвешен между двумя секциями скамьи. Этого можно избежать, если подложить под бедра валик или если скамья имеет регулируемую заднюю секцию.

Шейка матки

Если используется твердая передняя скамья, помните о спиральном изгибе шейки матки, который возникает из-за наклона головы набок. Изгиб, обусловленный таким поворотом головки, дополняется постоянно присутствующим передним изгибом, образуя спираль. Не ожидайте, что направление позвонков в этом положении будет совпадать с направлением записи, сделанной с выпрямленной головой. Лучше принимать все решения относительно направления шейки матки в положении А и просто *считать* их в других положениях.

В положении В, если лицо пациента находится в стороне от пальпатора, необходимо встать спиной к пациенту, скрутив корпус, и поменять руки для счета, положив свободную руку на голову пациента, чтобы обеспечить ее устойчивость.

Разногласия

Если есть какие-либо явные расхождения между результатами в позициях В и А, повторите тщательный осмотр в обеих позициях, после чего то, что казалось расхождением, вероятно, окажется ошибкой при той или иной пальпации. Если после тщательного обследования явное несогласие сохраняется, положение А обеспечивает наиболее безопасное руководство по корректировке, поскольку пациент находится в своей самой обычной позе в отношении изгибов позвоночника, мышечного напряжения и т.д. Но обычно при серьезных сомнениях разумнее всего вообще не вправлять сомнительный позвонок.

ПАЛЬПАЦИЯ В ПОЛОЖЕНИИ С

Поскольку пальпация в этом положении, когда пациент лежит на спине, а голова поддерживается руками пальпатора, не может быть такой надежной, как в положении А, главное, что необходимо соблюдать, - это точный подсчет. В этом положении можно правильно пальпировать только шейку матки ниже первой.

Попросите пациента максимально расслабить мышцы шеи и используйте для пальпации первые три пальца одной руки, если требуется только подсчет, или первые три пальца *обеих* рук, если вы хотите определить *направление* любого позвонка. В первом случае позвольте пальцам раздвинуть мышцы и скользить *вниз* от второго шейного отдела, стараясь поднимать голову достаточно высоко, чтобы третий шейный отдел не оказался скрытым под перекрывающимся вторым. В последнем случае позвольте пальцам обеих рук мягко скользить вниз, в то время как голова пациента покоится на запястьях или колене пальпатора. Пальпируйте поперечные отростки почти таким же образом, обращая особое внимание на их *латеральность*, ощущаемую как выступ на одной стороне латеральнее поперечного отростка и соответствующее углубление на противоположной стороне. Пусть вас не вводят в заблуждение исключительно длинные поперечные сечения, где оба выступают наружу в равной степени.



Рис. 3. Локальная пальпация остистых отростков шейки матки в положении С, подготовка к вращению или разрыву.

Поскольку большая масса позвонка разделена с справедливым равенством межпереходной линией, латеральность поперечных сечений указывает на латеральность всего позвонка,

возможно, за исключением передней части тела. Латеральность шейного *остистого* отростка может указывать на латеральность всего позвонка или просто вращение вокруг его вертикальной оси, при котором один суставной отросток отделен от другого соседнего позвонка, в то время как другой остается в частичном прилегании.

Разногласия

Если при пальпации в позициях А и С появляются расхождения, проведите пальпацию повторно в обеих позициях. Если вы все еще не уверены, обратитесь за консультацией или выполните поиск в позиции А. Поворотная регулировка иногда может помочь в решении сложных вопросов, если действовать осторожно и обеспечить свободное движение. При такой регулировке позвонок обычно не будет двигаться без достаточно сильного усилия, если только суставной отросток на той стороне, которую требуется переместить, не утратил своего положения со своим собратом по соседнему позвонку. В любом случае отслеживания нерва разногласий обнаружение чувствительных нервов только с одной стороны может помочь в принятии решения. Знание вероятностей, предыдущий опыт и диагноз также могут служить частичными ориентирами.

ПОПЕРЕЧНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ

Легче всего пальпировать поперечные отростки в шейном и среднем отделах спины и труднее всего в верхнем отделе спины и пояснице. У него есть два применения: во-первых, для помощи в составлении протокола путем проверки работы, проделанной с остистыми отростками; во-вторых, для определения местоположения данного поперечного отростка, чтобы использовать его в качестве рычага для регулировки положения позвонка.

Будет видно, что выполнение первой цели требует тщательного изучения *направления и положения* поперечных позвонков по сравнению друг с другом и с остистым отростком одного и того же позвонка, в то время как вторая требует только определения *точного местоположения* некоторых конкретных поперечных позвонков. Будет лучше рассмотреть три отдела позвоночника по отдельности, исключая из настоящей главы пальпацию атланта, которая была подробно описана.

Шейка матки

Их лучше всего пальпировать в положении для пальпации атланта, то есть стоя позади пациента и используя ладонные поверхности пальцев обеих рук. От поперечин Атланта следуйте по передней границе грудино-сосцевидной мышцы вниз, и напротив каждого остистого отростка оттягивайте мышцы назад и внутрь до тех пор, пока кончики поперечин не будут найдены средними пальцами. Тогда можно будет легко сравнить их положение с двух сторон, а также их отношение к тем, кто находится над ними и под ними.

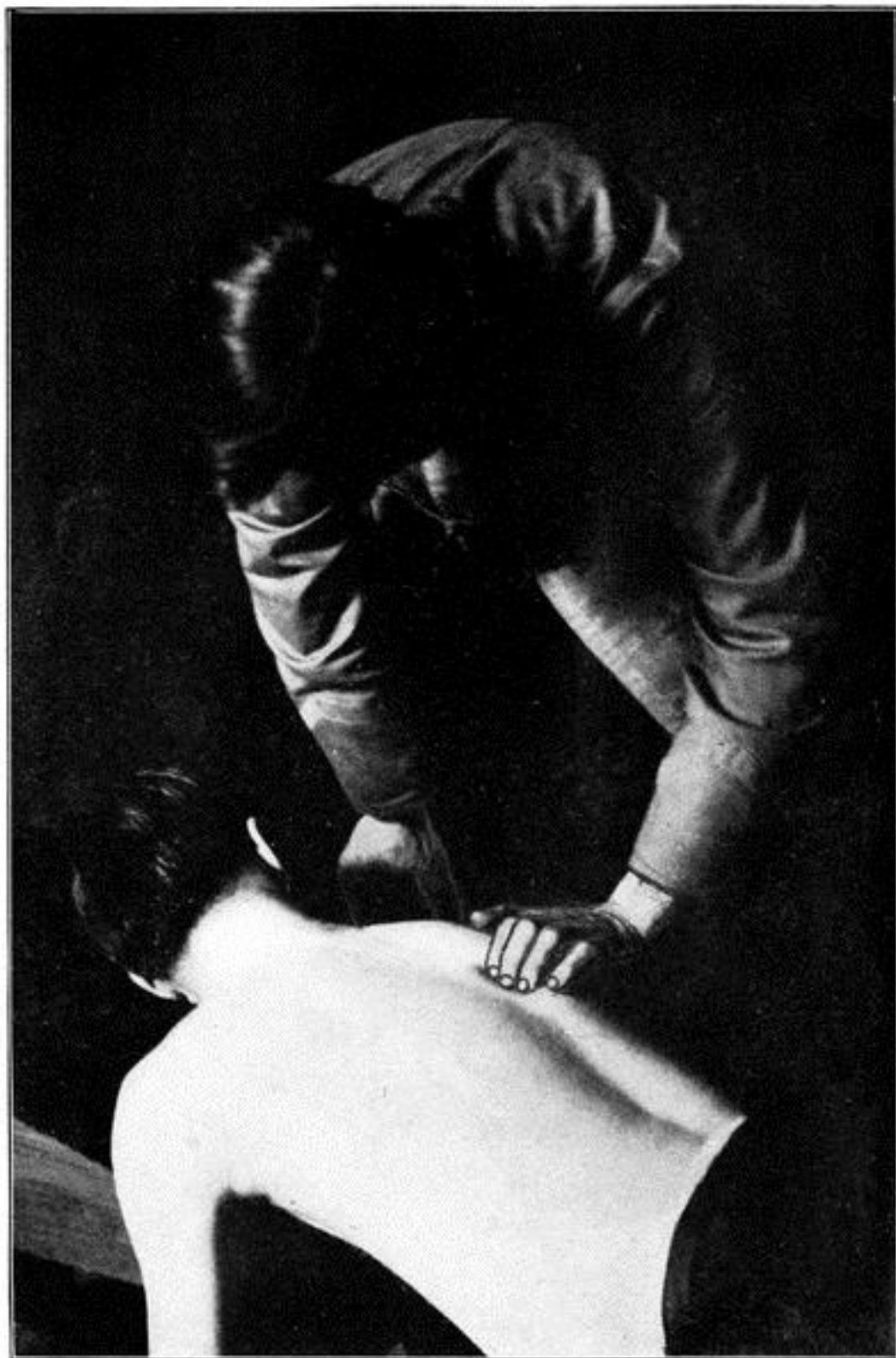


Рис. 4. Локальная пальпация поперечных отростков спины.

Поперечины второй шейки матки иногда могут быть настолько выступающими с боков, что их или одну из них ошибочно принимают за поперечину Атланта. Однако, как правило, ширина шейки матки увеличивается от второго канала вниз, причем второй канал самый узкий. Бугорок

Шассеньяка, расположенный на поперечном отростке шестой шейки и противоположный нижней границе перстневидного хряща, как правило, является заметной точкой, которую легко прощупать. Поперечины четвертого обычно находятся напротив верхней границы щитовидного хряща.

Шейные поперечные отростки расположены очень близко к суставным отросткам, и определение их соотношения является лучшим ориентиром для определения состояния сустава, чем пальпация остистых отростков. Это тоже сложнее.

Пальпация поперечных отделов шейки матки для определения латеральности позвонка в целом или его ротации возможна в положении С и описана в разделе "Эта головка".

Спинные мышцы

Пальпацию в *направлении* лучше всего проводить в положении В. Используйте три пальца скользящими движениями вдоль линии поперечных срезов, проходя по нескольким, чтобы определить, какой из них находится наиболее сзади. Затем повторите скольжение с другой стороны позвоночника, чтобы определить, является ли поперечный, соответствующий переднему, задним или наоборот, показывая, что весь позвонок просто повернут или смещен назад. Некоторые пальпаторы предпочитают использовать обе руки и пальпировать обе поперечные мышцы сразу, и нет серьезных возражений против этого метода, если ограничиться пальпацией в положении В. Однако во многих случаях это приводит к аналогичной пальпации остистых отростков - самой отвратительной привычке.

Следует помнить, что с первыми двумя спинными костями поперечный будет находиться в поперечной плоскости, которая будет проходить между его собственным остистым отростком и тем, что выше. Это также верно для последних трех дорсальных костей, в то время как в средних дорсальных костях поперечный отросток обычно (не всегда) находится на одном уровне с концом остистого отростка следующего верхнего позвонка.

Перед регулировкой, чтобы определить *расположение* поперечного отростка, чтобы направить регулировку против него, сначала пальпируйте остистый отросток и удерживайте его кончиком среднего пальца. Затем приблизьте указательным пальцем точку на уровне кончика остистого отростка выше и примерно в одном дюйме от позвоночника — это, конечно, в середине спины. Затем позвольте второму и третьему пальцам следовать за первым так, чтобы все три пальца легли на подлежащий пальпации поперечный бугорок или рядом с ним. Мягко, но сильно надавливая, перемещайте три пальца до тех пор, пока под ними не почувствуется отросток. Удерживайте отросток средним пальцем так, чтобы направить им контакт регулирующей руки в точку точно над поперечным отростком.

Поясничные отделы

Поперечины поясничных позвонков лежат как раз на одном уровне с промежутком между их собственным и прилегающим верхним остистым отростком. Они глубоко внедрены в мышечную ткань и их очень трудно прощупать. Они могут значительно различаться по размеру или длине, а последние один или два могут быть абсолютно неощутимы. Иногда рекомендуется отрегулировать повернутый поясничный отдел, используя поперечину в качестве рычага, но этого никогда не следует предпринимать, если только процесс не будет отчетливо ощущаться.

Метод определения местоположения в поясничном отделе практически такой же, как и в Спинном отделе.

Поперечная пальпация в положении пациента сидя

Пальпация поперечных отделов шейки матки в положении А была описана и часто проводится. Иногда может быть желательна пальпация поперечных отделов спины или поясницы в одном и том же положении. Это может быть сделано тем же движением, что и пальпация остистого отростка, и может служить для обнаружения искривления остистого отростка.

Если необходимо пальпировать обе поперечные кости одновременно, встаньте перед пациентом и перегнитесь через его плечо так, чтобы его плечи упирались в ваше тело. Используйте ладонные поверхности пальцев обеих рук и отметьте, какая поперечная линия находится кзади от другой, если таковая имеется, или обе расположены кзади от линии других выше и ниже них.

Редко удастся определить, находится ли поперечный отросток выше или ниже своего нормального положения, за исключением поперечных отростков Атланта, хотя иногда это можно обнаружить. К счастью, это редкая форма подвывиха или кажется редкой, хотя следует сказать, что эта кажущаяся редкость может быть вызвана нашей сравнительной неспособностью обнаружить ее у живого субъекта.

ИЗГИБЫ И КРИВИЗНЫ

Для удобства термин "кривая" используется для обозначения нормального криволинейного отклонения от прямой линии, естественно присутствующей в нормальном позвоночнике или естественно предполагаемой в ответ на необходимость поддержания равновесия во время выпрямленного положения тела: Искривление означает либо ненормальное увеличение любого нормального изгиба, либо появление любого ненормального криволинейного отклонения позвонков от их нормального положения. Отклонения от нормы должны включать по крайней мере три позвонка, чтобы считаться искривлениями.

Визуальный осмотр

Общий осмотр позвоночника, предшествующий подсчету, должен выявить, помимо выраженных подвывихов и общих симптомов, наблюдаемых при осмотре спины, *любые выраженные искривления*. Их общее местонахождение и направление будут отмечены этим наблюдением, а детали будут обнаружены при более тщательном рассмотрении.

Во время пальпации с долгим и быстрым скольжением можно также отметить эти общие точки относительно любого изгиба.

Не принимайте четыре нормальных изгиба, передний шейный и поясничный, а также задний спинной и крестцовый, за искривления. Нормальный изгиб поясницы настолько необычен на практике, что новички, как известно, называют это лордозом.

Описание кривизны

Обычно описываются четыре разновидности искривления. Кифоз - это искривление, направленное выпуклостью назад, обычно, но не всегда, обнаруживаемое в области спины.

Лордоз, противоположный кифозу, представляет собой переднее искривление, обычно в поясничном отделе, и в этом случае это усиление нормального изгиба. При сколиозе выпуклость направлена вбок либо вправо, либо влево. Обычно он также имеет вращательную форму, при которой позвонки поворачиваются вокруг своих вертикальных осей таким образом, чтобы сделать внешнюю или внутреннюю поперечины более заметными, чем те, что с другой стороны.

При сколиозе вращение может привести к смещению либо тел, либо остистых отростков в сторону выпуклой стороны искривления; последнее гораздо легче регулировать, в то время как первое представляет собой одну из самых сложных проблем регулировки.

Причина искривлений

Не вдаваясь здесь в обсуждение тех нарушенных метаболических процессов, которые сами по себе являются результатом подвывиха, которые приводят к искривлению вследствие общего размягчения кости, как при деформирующем рахите или спондилите, мы просто сформулируем общее предположение, что почти все искривления, которые в той или иной степени являются *угловатыми*, являются результатом единственного подвывиха, который находится в точке наклона. В таких случаях было продемонстрировано, что регулировка в этой точке со временем исправит искривление, но обычно разумнее ускорить процесс, выбрав другие точки атаки методом, который будет предложен в настоящее время.

Длительный, регулярный, но не выраженный сколиоз, обычно в спинной части, может быть примером *профессионального искривления*, возникающего в результате продолжительного использования мышц в фиксированном положении, а не из-за подвывиха. Другой пример - лордоз почтальона. Сами по себе они не наносят вреда здоровью и незначительны, если только в них не существует какой-либо особой точки ущемления из-за индивидуального подвывиха.

Острый, угловой кифоз при болезни Потта, туберкулезный кариес позвонков, искривление трех или четырех позвонков, которые чрезвычайно болезненны при пальпации, должны предостерегать от корректировки, если только вы не можете быть полностью уверены, что позвонки в достаточной степени целы. Перелом разрушенного позвонка легко возможен при вправлении. Причина болезни Потта обычно находится в угловой точке, чаще всего в десятой спинной, но, возможно, в любой спинной от пятой до двенадцатой.

Запись по кривизнам

Если целью обследователя является выпрямление искривления, он должен выбрать для коррекции ряд несмежных позвонков, которые наиболее выступают в направлении искривления; таким образом, при правом сколиозе он должен выбирать только те позвонки, которые наиболее выступают *вправо*, а при кифозе - только задние. Лордоз как таковой не может быть должным образом скорректирован, за исключением шейки матки, но лордоз обычно является компенсирующим искривлением (см. Ниже) и может быть скорректирован иным способом.

Если пациент страдает каким-либо заболеванием, которое приобретает большее значение, чем искривление, и требует внимания, выберите один позвонок, вызывающий заболевание, независимо от его положения в искривлении, и отрегулируйте этот позвонок в надлежащем соотношении с соседними, даже если вы корректируете непосредственно в сторону выпуклости

искривления. Часто болезнь можно вылечить, *придав искривлению правильную форму* быстрее, чем при полном устранении искривления. Иногда оба соображения могут влиять на выбор позвонков.

При искривлении не обязательно возникает давление на нервы в каждом затылочном отверстии. Фактически, такое давление при искривлении является скорее исключением, чем правилом, и необходимо провести тщательное исследование позвоночника, чтобы можно было выполнять регулировку, *невызывая* временных защемлений здесь и там.

Примечание с описанием искривления может быть приложено к протоколу пальпации. Он должен содержать специальное название искривления, будь то простое или сложное, и номера первого и последнего позвонков в нем. Например, примечание может гласить: “Правый ротационный сколиоз от D3 до L1 включительно”.

Компенсационные искривления

При наличии первичной кривизны обычно появляется одна или две вторичные кривизны, которые сохраняют равновесие тела. При дорсальном кифозе часто наблюдается поясничный лордоз, а иногда и менее выраженный лордоз как в шейном, так и в поясничном отделах. При первичном правом сколиозе в поясничном отделе будет вторичный левый сколиоз выше. Вторичное искривление называется компенсаторным. При выборе позвонков для коррекции желательно, насколько это возможно, пренебречь компенсаторным искривлением, предоставив его исправлению самому по себе по мере исправления основного. Однако, если первичная кривизна является лордозной и не поддается коррекции, работа над вторичной кривизной может постепенно помочь уменьшить первичную, по крайней мере, до определенной степени.

Анкилоз

Эта тема обсуждается здесь отчасти потому, что она так часто ассоциируется с кривизной.

Оценить анкилоз можно, только обнаружив отсутствие нормального движения между соседними позвонками. Поместите палец в промежуток между предполагаемыми позвонками и попросите пациента выполнить движение, рассчитанное на разделение остистых отростков в нормально подвижном позвоночнике. Если в области спины, попросите его наклонить голову и плечи как можно дальше вперед, не сгибаясь в бедрах. Чередуйте повторения этого движения с выпрямлением, и остистые отростки должны поочередно отделяться и приближаться друг к другу. Протестируйте несколько последовательных позвонков, чтобы отметить, что все они меняют свое положение, кроме двух.

В поясничном отделе попросите пациента несколько раз наклонить корпус вперед от бедер, стремясь сделать его позвоночник выпуклым назад. В шейном отделе поможет сгибание головы вперед. Иногда обнаруживается общий анкилоз с искривлением, как при деформирующем спондилите.

Многие хиропрактики ошибочно принимают неспособность сдвинуть позвонок с попыткой коррекции за свидетельство анкилоза. В девяти случаях из десяти такая неудача вызвана другими причинами, анкилоз встречается очень редко. Этим часто злоупотребляют для

оправдания неспособности. Свободное движение между остистыми отростками является *абсолютным доказательством* того, что позвонки не анкилозированы.

ТРУДНОСТИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ

Главная трудность возникает из-за несоблюдения некоторых изложенных здесь правил.

Небрежность или невнимательность препятствуют точности.

Боль может заставить пациентку принять неестественную или скрюченную позу, имитирующую искривление, особенно шейки матки. По этой причине при оценке латеральности C2 возникает больше ошибок, чем при оценке латеральности любого другого позвонка.

Случайный изгиб остистого отростка в шейной или дорсальной областях может ввести в заблуждение пальпатора, если не использовать поперечную пальпацию. Но частота слегка изогнутых отростков у сухих колючек и поверхностность рассуждений на этот счет привели к большой переоценке их важности. На самом деле, лишь очень немногие нарушения адаптации возникают из-за такого обмана пальпатора, хотя в этой профессии мало практикующих, которые используют рутинный метод проверки с помощью поперечных срезов. Причина проста. Изогнутые отростки вызваны прямым насилием, примененным до завершения соединения стержня и эпифиза. Усилие, достаточное для того, чтобы произвести изменение направления, обычно приводит к подвывиху *в том же направлении*. Корректировка, продолжающаяся до тех пор, пока нарушающий процесс не будет полностью согласован со своими собратьями, будет представлять собой чрезмерную корректировку, но корректировка обычно не продолжается после того, как все симптомы утихнут, так что на самом деле небольшой вред причиняется из-за неспособности обнаружить изгиб.

Эпифизарная пластинка может отсутствовать, поскольку она была отломана в результате травмы и рассосалась. Это можно обнаружить, обратив внимание на слишком широкое пространство между, по-видимому, соседними позвонками, и тщательная пальпация покажет, что позвонок, по-видимому, находится намного впереди, что не подтверждается положением поперечных позвонков. При отсутствии эпифиза у пациента наблюдается некоторая слабость спины из-за отсутствия прикрепления мышц.

Липома или тяжелый рубец после ожога или карбункула могут сделать невозможной пальпацию двух или трех позвонков. В таком случае только опыт пальпатора и его знание характеристик различных позвонков позволят ему точно пронумеровать остальные.

Пациентам с большим количеством жировой ткани может потребоваться пальпация в нескольких положениях, чтобы обеспечить определенность.

Глубокая треть шейки матки, которая абсолютно неощутима, может ввести в заблуждение, но тщательный подсчет, который показывает, что пропущен один позвонок, указывает на необходимость тщательного повторного обследования шейки матки, с помощью которого можно оценить разрыв по крайней мере на третьем позвонке. Если Ось находится очень сильно ниже, то третья, особенно вероятно, будет упущена из виду.

Были обнаружены аномальные случаи, при которых количество подвижных позвонков было больше или меньше обычного, обычным отклонением было наличие двадцати пяти, а дополнительным чаще всего был поясничный отдел. В одном случае, который я наблюдал, было двадцать пять подвижных позвонков, судя по форме, тринадцать спинномозговых, и только одиннадцать пар ребер сзади, две пары были дихотомическими, так что спереди было тринадцать пар. Отклонения в количестве происходят, по моему опыту, примерно раз в пятьсот случаев.

ДОСТОПРИМЕЧАТЕЛЬНОСТИ

Региональное расположение позвонков с помощью определенных ориентиров (так называемых) в позвоночнике или рядом с ним - широко обсуждаемый вопрос в профессии. Не обсуждая различные аргументы в пользу этого метода, главным из которых является *неспособность неподготовленного человека сосчитать позвонки*, давайте изложим основные используемые ориентиры и факты, связанные с ними.

Седьмой шейный позвонок, называемый выступающим позвонком, обычно считается ориентиром для подсчета. В более чем трехстах случаях, исследованных с этой целью, было обнаружено, что седьмой шейный позвонок является выступающим примерно в 65% случаев, а в остальных 35% шестой шейный или первый Спинной позвонок является выступающим. Этот метод на две трети так же точен, как подсчет голосов.

Говорят, что бугорок (Шассеньяка) шестого поперечного шейного позвонка находится прямо напротив нижней границы перстневидного хряща, и это лучший ориентир, чем приведенный выше.

Считается, что третий спинной остистый отросток находится на одном уровне с корнем ости лопатки, а при свисающих по бокам руках верхний угол лопатки находится на линии между первым и вторым спинными остистыми отростками. Это вовсе не является постоянным.

Некоторые авторы утверждают, что нижний угол лопатки находится на одной линии с концом седьмого спинного отростка. Другие располагают его напротив промежутка между седьмым и восьмым спинными отростками. Третьи указывают его как противоположный восьмому спинному отростку. Все они верны — *иногда*. По правде говоря, нижний угол может быть противоположен любой части позвоночника между шестой и девятой спинными костями. В этом нет ничего постоянного.

Можно проследить за двенадцатым ребром до его сочленения с двенадцатым спинным позвонком. Это хороший ориентир, при условии, что ребро можно прощупать. Нижний край последнего ребра обычно находится на одном уровне с остистым отростком D12 примерно в полутора дюймах от средней линии позвоночника. Юмор заключается в том факте, что пациент, на которого рассчитывать настолько сложно, что требуется эта проверка, обычно страдает ожирением, а ожирение делает ребра неосязаемыми.

Линия, проведенная между гребнями подвздошных костей, проходит между третьим и четвертым поясничными остистыми отростками примерно в 98% всех случаев. *Это наш самый надежный ориентир*. Он используется так, как описано в разделе Количество.

Все ориентиры, за исключением последних двух, демонстрируют такие различия у разных особей, что являются весьма ненадежными. Правильным методом нумерации остистых отростков является очевидный и логичный метод — *сосчитать их*. Навык и точность осязания, необходимые для успешного счета, неоценимы при определении направления подвывихов.

МЕНТАЛЬНЫЙ НАСТРОЙ

Чтобы обеспечить ту абсолютную концентрацию, без которой невозможно должным образом оценить те тактильные впечатления, для самого *получения* которых необходима такая постоянная практика, руки должны как можно меньше отрываться от позвоночника во время пальпации; второй человек должен фиксировать обнаруженные подвывихи, чтобы пальпатор мог только констатировать, а не записывать свои выводы; всегда следует использовать легкое давление на позвоночник, поскольку сильное давление снижает чувствительность нервных окончаний в пальцах; и следует соблюдать тишину, за исключением необходимого указания точек, которые необходимо записать.

Пальпируйте так быстро, как это требуется для хорошей работы. Чем быстрее пальпация, *если концентрация абсолютна*, тем точнее получаемые впечатления.

В *конце* и *прицелиться* из пальпации, чтобы определить средства, с помощью которых ущемлении нервов могут быть удалены с величайшей быстротой и успехом. Пальпация включает в себя такое исследование позвоночного столба, которое зафиксировывает в вашем сознании четкую мысленную картину пораженных нервов по всей их длине.

НАКОНЕЦ- ТО

Если вы хотите добиться успеха в пальпации позвоночника, будьте настойчивы. Не жалейте труда, чтобы добиться той точности деталей, которая отличает эксперта от любителя. Вы можете делать из себя все, что пожелаете. Нет предела способностям, которые можно приобрести. Кто-то другой может направлять ваши руки, но *в вас* заключается ваш успех.

ОТСЛЕЖИВАНИЕ НЕРВОВ

Определение

Прослеживание нервов - это тот метод пальпации, с помощью которого обнаруживается болезненность раздраженных спинномозговых нервов и демонстрируются их пути.

Отслеживание органов

Обводка органов - это та часть пальпации, которая имеет дело с очерчиванием границ и поверхностных отметин чувствительного органа или его части.

Пальпаторы часто путают болезненность одного из паренхиматозных органов с болезненностью переплетенных и разветвляющихся нервных волокон, особенно в области живота. Тот факт, что болезненная область принимает характерную форму одного из внутренних органов, является убедительным доказательством того, что был обнаружен орган, а не нервы.

Какие Прослеживаемые Нервы

Любой спинномозговой нерв можно проследить по крайней мере на части его прохождения. Черепно-мозговые нервы недоступны для пальпации из-за их расположения, за исключением спинномозговой части спинномозгового аксессуара и терминальных отделов нервов, ведущих к лицу. Точно так же не прослеживаются симпатические стволы, за исключением, возможно, шеи.

Сравнительно легко отследить нервы в верхних и нижних конечностях, шее и спине. Поверхностные нервы кожи головы трудно отследить из-за волос. Поверхностные нервы грудной клетки, брюшной полости и таза доступны при условиях, упомянутых ниже; глубокие или висцеральные ветви - никогда.

Из тех нервов, которые упомянуты как поддающиеся отслеживанию, можно отследить только те, которые *раздражены* и, следовательно, опухли и чувствительны. Если нерв поражен очень сильно, особенно если поражение хроническое, он частично или полностью парализован и его невозможно отследить. Если тяжелый удар был острым или если имел место легкий удар, служащий механическим раздражителем, отслеживание нерва является реальной помощью в постановке диагноза.

Доля случаев с прослеживаемыми нервами

Около половины всех пациентов, обращающихся к хиропрактикам за коррективкой, подвержены отслеживанию нерва. В оставшейся половине получить какую-либо информацию таким способом абсолютно невозможно. Из половины тех, кто вообще восприимчив, примерно в четырех пятых всех случаев удастся получить *некоторую* точную или достоверную информацию.

Пациент, у которого все доступные нервы кажутся чувствительными при легкой пальпации, гиперестезирован и недоступен для отслеживания.

В обычном случае один или два нерва легко прослеживаются, в то время как остальные не проявляют болезненности при надавливании. Такой случай дает наиболее достоверную информацию, которую можно получить с помощью этого метода, и нежные нервы можно рассматривать как слегка задетые или остро задетые.

Существенное предубеждение нервов

Знание анатомии нервной системы является частью необходимого оборудования хиропрактика, который будет отслеживать нервы, и это знание должно быть настолько полным, чтобы позволить пальпатору распознать каждую обнаруженную чувствительную линию как

анатомически описанный нервный путь или ошибку с его стороны. Исследователь должен знать пути прохождения всех нервов и быть в состоянии по первым обнаруженным чувствительным точкам предсказать вероятное направление, по которому пойдет болезненность, чтобы направить свой поиск по этому вероятному пути.

Он должен быть способен обнаружить бессознательный обман со стороны пациента благодаря своему знанию анатомической невозможности очевидного отслеживания. Например, если по какой-либо причине может показаться, что он провел нерв вверх вдоль позвоночного столба от D10 к глазу через макушку, он должен знать, что это иллюзия — потому что таких нервов не существует и их нельзя анатомически продемонстрировать — или принять заслуженные насмешки любого образованного человека, который обнаружит его абсурдность.

Из-за сложности определения того, является ли обнаруженная чувствительная структура мышцей, нервом или внутренними органами, а также из-за естественной внушаемости как палпатора, так и пациента, отслеживание нерва не может быть таким надежным ориентиром для определения нервных путей, как диссекция. Не должно быть необходимости излагать эту очевидную истину, но спокойное принятие многими странных выводов, основанных на вере в безошибочность нервного анализа, свидетельствует о том, что это необходимо.

Отслеживание нерва полезно только тогда, когда нервный путь, обозначенный как чувствительный, соответствует известному пути прохождения некоторого нерва.

Предложение

Парадоксально, но знание нервных путей может привести к ошибке. По закону ожидания мы склонны находить то, что ищем, и если мы слишком сильно придерживаемся веры в то, что, поскольку мы нашли одну или две точки чувствительности, мы должны найти ряд точек, проходящих вдоль мысленно изображенного нервного пути, мы можем искать до тех пор, пока ложно не поверим, что нашли этот ряд.

Подобным же образом пациент, будучи тщательно проинформирован о способе процедуры и зная, что мы ожидаем обнаружить, может бессознательно обманывать нас, испытывая нежность в ответ на внушение, когда реального воздействия не существует.

Место в диагностике

Значение отслеживания нервов в диагностике многими сильно переоценивается, хотя в этой профессии, по-видимому, наблюдается тенденция к рационализму в этом направлении.

Принимая во внимание, что при пальпации позвоночника каждый реальный подвывих свидетельствует о заболевании или склонности к заболеванию, в то время как каждая нормально выровненная пара позвонков служит доказательством того, что в области распространения нерва, проходящего между ними, не может существовать заболевания, отслеживание нерва гораздо менее надежно. Если болезненный нерв связан с подвывихом позвонка, это может быть воспринято как дополнительное доказательство того, что следствием этого подвывиха является *заболевание*, а не *склонность* к заболеванию, что действительно является важным различием, но едва ли достаточно широким, чтобы подтвердить диагноз без посторонней помощи.

Отсутствие болезненности нервов ни в коем случае не свидетельствует о заболевании, в то время как отсутствие подвывиха *делает*. Подобно всем другим методам выбора позвонков для вправления, не допускающим необходимости предварительного приобретения большого навыка путем большого труда, отслеживание нервов имеет большой недостаток. Чувствительными являются только раздраженные нервы, и последствиями подвывиха могут быть либо раздражение, либо паралич.

Если все сделано точно, источники ошибок тщательно устранены, а результаты отслеживания нервов соответствуют состоянию позвоночника и другим симптомам, этот метод демонстрации пациенту связи между позвонками и пораженной областью его тела является ценным. Это помогает убедить его в обоснованности теории хиропрактики.

ТЕХНИКА ОТСЛЕЖИВАНИЯ НЕРВОВ

С чего начать

Пальпатор, произведший пальпацию позвонков, может начать с некоторой точки тела, обозначенной симптомами как больная, и, обнаружив болезненность, следовать по пути нерва обратно к позвоночному столбу, где нерв, как можно справедливо предположить, входит в межпозвоночное отверстие.

Или он может использовать свою запись пальпации в качестве ориентира и следовать по чувствительным нервам наружу к их периферии. Это лучший метод.

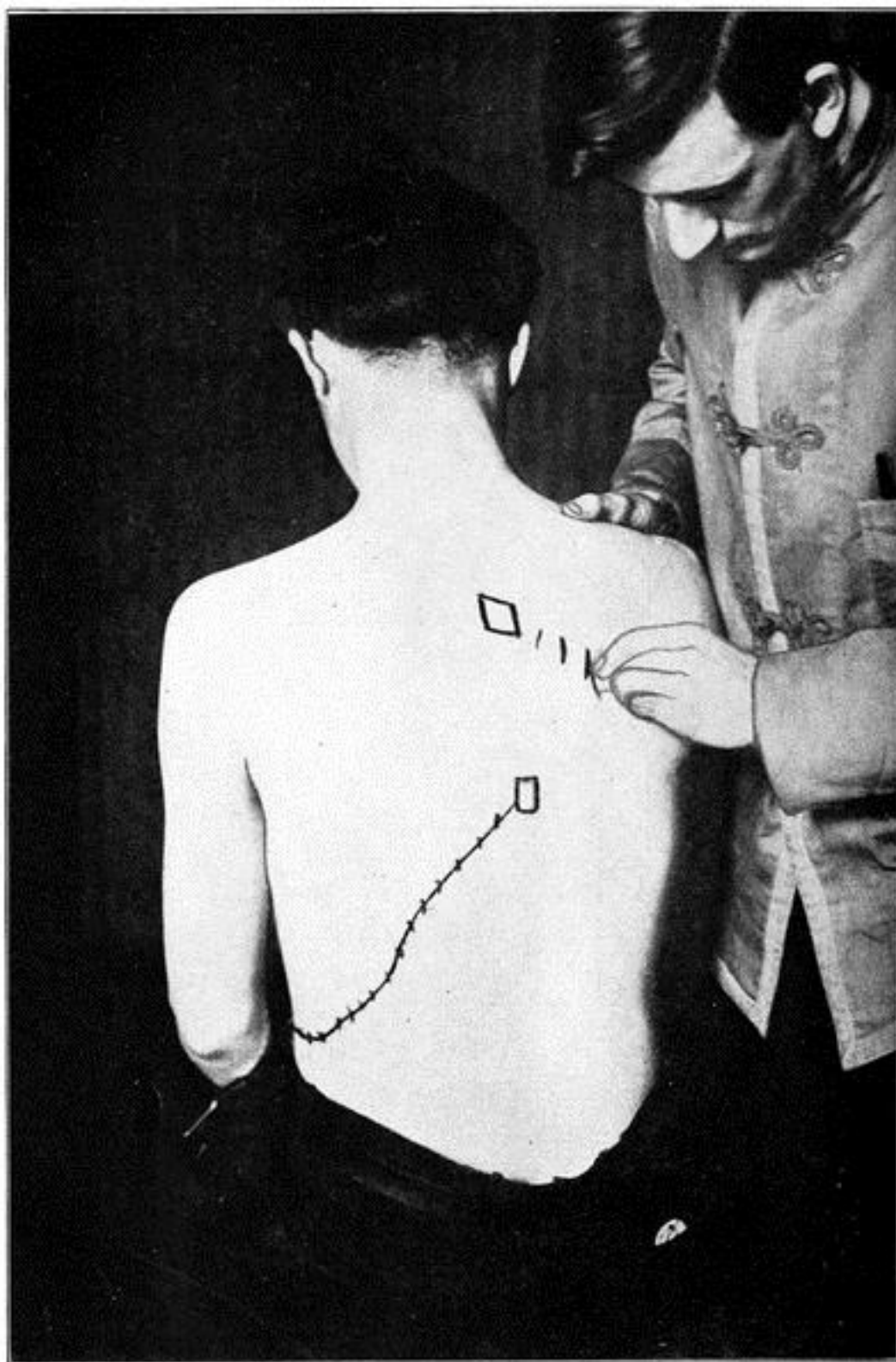


Рис. 5. Техника отслеживания нерва, показывающая положение пальцев и обозначение болезненных точек.

Пальпация как ориентир

После проведения пальпации помните, что задетый нерв обычно обнаруживается на стороне, противоположной направлению остистого отростка в месте его отхождения от срединной линии. При подвывихе слева болезненность обычно, хотя и не всегда, с правой стороны. Если в поясничном отделе и при подвывихе происходит вращение, то задетый нерв будет обнаружен *ниже* поперечного отростка подвывихнутого позвонка. В шейной и дорсальной областях чувствительный нерв обычно находится ниже, но может быть как выше, так и ниже поперечного подвывихнутого нерва.

Осмотрите нервы, выходящие из отверстий каждого подвывихнутого позвонка, по очереди сверху вниз. Когда чувствительная точка будет обнаружена примерно в дюйме от средней линии позвоночника, попытайтесь проследить за нервом и прощупать его, пока он не будет прослежен как можно полнее.

Откуда ждать Нежности

Область, непосредственно окружающая остистый отросток подвывихнутого позвонка, может быть болезненной из-за ущемления аксонов заднего первичного отдела того спинномозгового нерва, который выходит из-под позвонка. Такая болезненность чаще встречается при передних подвывихах, чем при других. Это не следует путать с *болезненностью*, которая часто появляется после подгонки и возникает из-за ушиба или растяжения тканей.

Болезненность нерва может быть обнаружена на небольшом расстоянии от средней линии позвоночника и на уровне немного ниже, чем место выхода нерва. Если нерв раздражен, палец, введенный между ребрами рядом с их сочленением с поперечными отростками, вызовет болезненность. Обнаружение болезненных точек вдоль позвоночника - наиболее важная часть обследования нервов.

Нервные пути

Подробное описание путей прохождения всех спинномозговых нервов может быть изучено в любом стандартном труде по анатомии и здесь не приводится, но, возможно, будет полезно напомнить читателю о некоторых общих тенденциях.

Спинномозговые нервы не пересекают срединную линию спереди, за исключением, возможно, тонких переплетающихся волокон.

В дорсальной области нервы обычно проходят вдоль промежутков до тех пор, пока нижние не переходят в брюшную стенку кпереди. Однако существуют некоторые спинные и нижние шейные нервные пучки, которые проходят косо вниз и наружу для иннервации мышц спины.

Ссылка на раздел о спиноорганических соединениях прояснит, какие ткани снабжаются каждым нервом.

Незначительные отклонения от обычного хода нервов встречаются часто; *заметные* отклонения очень редки.

Использование пальцев

Используйте второй палец любой руки для пальпации, выбирая ту руку, которую использовать наиболее удобно, в зависимости от положения пациента и части тела, подлежащей обследованию. Установленного правила нет. Укрепите этот второй палец, надавливая на него первым и третьим и, при желании, прижимая к нему большой палец. (См. [Рис. 5.](#))

Приложите кончик пальпирующего пальца к нерву таким движением, чтобы он пересекал путь нерва под прямым углом взад-вперед. При этом необходимо иметь в виду вероятный путь прохождения нерва. Когда палец пересекает нервный путь, он оказывает устойчивое и равномерное давление на любые структуры, проходящие под ним. Движение руки - это почти перекатывающее движение, кончик пальца как бы прощупывает чувствительное место.

Нежность —Насколько узнаваема

Раздраженное состояние нерва, который таким образом перекатывается под пальцем, может быть распознано одним из трех способов; пациент может непроизвольно вздрогнуть, выдавая боль; или он может сообщить пальпатору о повреждении; или может прощупываться опухший нерв, похожий на канатик.

Два первых являются надежными ориентирами, в то время как последнее возможно лишь изредка. У детей и слабоумных, душевнобольных или немых взрослых необходимо полностью полагаться на первый упомянутый метод. Мышечное сокращение является бессознательной или рефлекторной реакцией на боль и часто происходит независимо от интеллекта или душевного состояния субъекта.

Из всех трех методов наиболее часто используют второй — заявления пациента.

Инструкция пациенту

Пациент должен быть проинформирован о ваших намерениях, когда начинается пальпация, и его следует попросить отвечать каждый раз, когда вы касаетесь пальцем, говоря “Да”, если место чувствительно и “Нет”, если нет. Каждый раз он должен говорить быстро, чтобы избежать самообмана, который может возникнуть при рассуждении о своих ощущениях. Время от времени меняйте устойчивый ритм ваших движений, опуская одно из них, и обратите внимание, механически ли реагирует пациент, когда вы не нажимаете.

Время от времени во время отслеживания полезно отклоняться от предполагаемого нервного пути и снова прикасаться к точке, отмеченной как болезненная, чтобы посмотреть, можно ли полагаться на информацию пациента. Всякий раз, когда вы покидаете нервный канал, его ответом должно быть “Нет”, которое немедленно меняется на “Да”, когда вы снова пересекаете нежную черту.

Отмечаю Уязвимые места

На каждом отмеченном болезненном месте следует сделать небольшую отметку карандашом для бровей или другой жирной краской, которая оставляет отчетливый, но легко удаляемый след. Эти болезненные точки следует отметить с интервалом примерно в дюйм.

Соединительная линия

Когда весь нервный путь будет пройден таким образом, проведите линию карандашом для бровей, проходя через все отметки, указывающие на болезненные точки. Эта линия должна представлять собой достаточно точный грубый контур нервного пути, чтобы четко обозначить связь позвоночника с пораженной областью. Значение этой связи будет лучше понято после изучения раздела, посвященного спиноорганической связи.

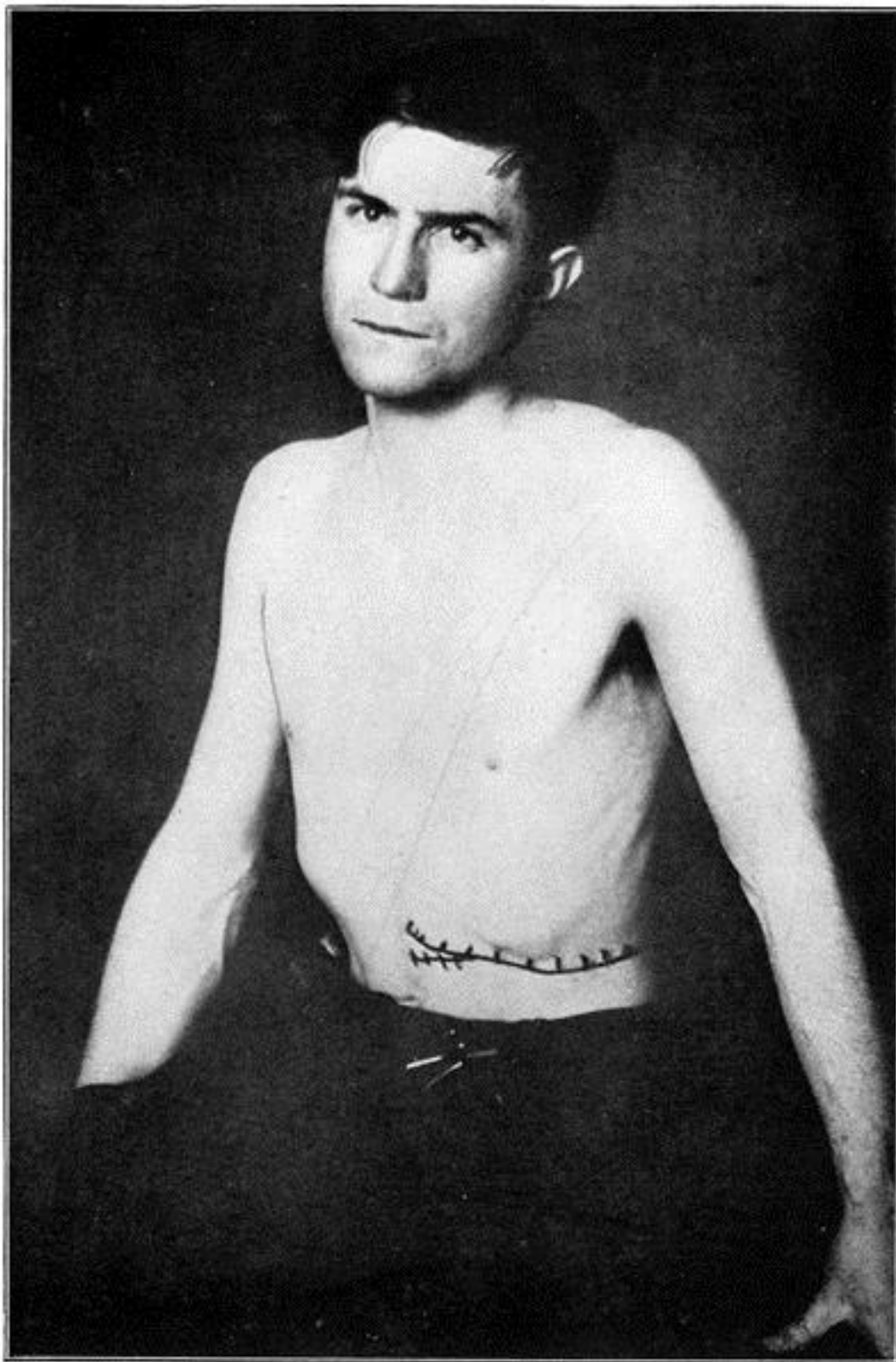


Рис. 6. Передняя половина законченного трассирования нерва.

Общие выводы

При мышечном ревматизме, невралгии, невритах или в случае локального фурункула или абсцесса, указывающего на местное нарушение трофического влияния нервов, часто встречаются четкие следы. Мышечный спазм, такой как искривление шеи, обычно связан с очень чувствительным нервом. Локализованное болезненное заболевание любого рода, вероятно, связано с очень выраженной болезненностью нервов, как это часто бывает при аппендиците, яичниках, печеночных коликах и т.д.

Безболезненные расстройства или различные нарушения селезенки, диафрагмы, сердца, легких и т.д., хотя они имеют очень серьезную природу, редко обнаруживаются при прослеживании нервов, если только не затронуты их серозные оболочки. Трассировка может проводиться от D 2 или 3 до передней грудной стенки при заболеваниях сердца или легких, но они не являются распространенными.

Любой спинномозговой нерв иногда можно проследить по крайней мере на части его хода.

Источники ошибок

Некоторые из них были упомянуты, например, естественная внушаемость как экзаменатора, так и пациента. Среди других: неспособность в спине, бедре или голени достичь действительно чувствительного нерва из-за расположения нескольких мышечных слоев между ним и пальцем, незнание нервных путей, неспособность оказывать равное давление на все части нерва, приложение такого сильного давления, что мышечная ткань травмируется, и отказ от полного сотрудничества со стороны пациента. Давайте рассмотрим их по очереди.

Если между ищущим пальцем и нервом находится несколько мышечных слоев, следует раздвинуть промежуточные слои, используя скручивающие движения, пока палец не почувствует *под* мышцами. После того как это сделано и нежный нерв обнаружен под несколькими мышечными слоями, такое же количество вышележащих тканей должно быть отодвинуто в сторону каждый раз, когда палец ищет нерв. Только исчерпывающее изучение анатомии типичной нервной системы позволит исследователю точно знать, в какой момент нерв станет более или менее поверхностным. Пока он этого не знает, лучше всего следовать нейтральному правилу, согласно которому нервы имеют тенденцию проходить вдоль длинных осей ребер и конечностей и сохранять свою глубину под поверхностью на протяжении всего своего прохождения. Это утверждение слишком общее для точности.

Следует позаботиться о том, чтобы оказывалось равное давление на все точки, пальпируемые на одном нерве. Если нерв проходит над костью, для оказания такого же давления требуется *меньшее усилие*, чем если бы он проходил над мышцей или другой мягкой структурой. Применяемая сила постоянно меняется при перемещении руки с места на место в зависимости от плотности и твердости структур, расположенных над нервом и под ним.

Достаточно сильное давление вызовет болезненность у всех пациентов, за исключением пациентов, находящихся под наркозом. Но если нерв раздражен, он будет нежным без сильного давления, когда палец действительно соприкасается с ним вплотную.

Если пациент умышленно пытается обмануть пальпатора, от отслеживания нерва можно также отказаться, за исключением тех крайних случаев, когда пациент вздрагивает против своей воли из-за чрезвычайной чувствительности.

Использование подержанных вещей

Вторая рука, насколько это возможно, располагается напротив отслеживающей руки и устойчиво поддерживает тело; ее положение меняется вместе с изменением положения первой. Если требуется осмотреть руку, ее лучше всего держать подальше от тела, а исследуемую часть держать двумя руками.

Положение пациента

Для отслеживания нервов в области шеи, спины и верхних конечностей пациент должен легко сидеть. Для обводки поясницы, брюшной полости или таза, а также нижних конечностей попросите пациента лечь на бок или спину. Не стесняйтесь менять положение пациента так часто, как это необходимо, чтобы обеспечить легкий доступ к исследуемой части тела и расслабление мышц пациента. Никогда не допускайте принятия напряженного положения во время трассировки; ощущение сведенных судорогой мышц можно спутать с ощущением болезненности нервов.

ПОДВЫВИХИ

Определение

Подвывих позвонка - это смещение, меньшее, чем вывих, при котором основным элементом является частичная потеря нормального соединения суставных поверхностей подвывихнутого позвонка с суставными поверхностями позвонка выше или ниже, или обоих. Или же подвывих позвонка - это постоянный частичный вывих.

Как Производится

Подвывихи в первую очередь вызываются травмами — падениями, ударами, растяжениями и т.д., которые являются основными факторами. Наследственная слабость в структуре какой-либо части тела предрасполагает к тому, что эта часть легче смещается.

Подвывихи никогда не передаются по наследству, но могут быть врожденными в результате насильственного или инструментального появления на свет или могут *казаться* наследственными, потому что они возникают вскоре после рождения в результате воздействия легких ударов на наследственно ослабленные сегменты позвоночного столба.

Они всегда являются результатом столкновения сил; никогда сил, действующих исключительно *внутри* организма. Они возникают в результате контакта организма с окружающей средой.

Было сказано, что мышечное действие в ответ на периферическое раздражение может привести к подвывиху. Законы рефлекторного действия делают это невозможным. Учитывая нормально выровненный позвонок и, следовательно, нормальные нервы и нормальную рефлекторную дугу в этом сегменте, клетки вентрального рога реагируют на *незначительный* периферический стимул, вызывая мышечное сокращение на *той же* стороне, что и раздражитель. Если раздражение достаточно усилено, реакция возникает с *обеих* сторон, но наиболее сильная с той стороны, с которой исходит раздражение. Большее раздражение просто служит для того, чтобы вызвать большее распределение ответных действий. (Смотрите любую стандартную физиологию рефлекторных действий.) Ни в коем случае разница между сокращениями мышц с двух сторон не будет достаточной для смещения нормально выровненного позвонка. Природа предусмотрела такую возможность.

Учитывая подвывих позвонка, вызывающий защемление нерва и, следовательно, прерывающий нормальное действие рефлекторной дуги, раздражение может привести к большему сокращению на *противоположной* стороне, чем на стороне раздражения. Это ненормальное состояние, которое приводит к *увеличению* ранее существовавших подвывихов при боли или периферическом раздражении. Но в каждом случае травма должна предшествовать и действительно предшествует подвывиху и вызывать его.

Реакция вторичных причин

Однако однажды возникший подвывих может не вызвать заметного эффекта до тех пор, пока его степень не будет *увеличена* в результате реакции внутренних сил организма, таких как яды, общая лихорадка и т.д. Таким образом, микробы, диетические ошибки, воздействие резких перепадов температуры, растрата энергии из—за ненормальной умственной деятельности, такой как ненависть, страх, беспокойство и т.д., или из-за физических излишеств - фактически, все *вторичные* причины заболевания могут *казаться*, что они вызвали подвывих. Фактически, они просто подчеркнули то, что уже существовало, и сделали это посредством мышечных сокращений, которые они вызвали.

Общее истончение межпозвоночного вещества из-за нарушения обмена веществ, вызванное каким-либо *одним* серьезным подвывихом, может сузить все отверстия и усилить защемление нервов в любой точке, где ранее имелся небольшой подвывих. Раздраженный нерв может отекнуть и защемить нерв в затылочном отверстии.

Закон, регулирующий Местонахождение

Закон, регулирующий воздействие силы, приложенной к данной части тела, на соответствующий позвоночный сегмент, настолько определен, что квалифицированный хиропрактик, тщательно изучивший сегментацию позвоночных, может определить, исходя из истории падения или травмы, позвонок, который имел бы тенденцию к подвывиху в результате этой травмы, и ткани, контролируемые из этой части. Правило таково:

Усилие, приложенное к любому сегменту тела, приводит к подвывиху связанного с сегментом позвонка. Этот подвывих имеет тенденцию вызывать заболевание во всей области распространения нижележащей пары спинномозговых нервов.

Задача объяснения этого закона кажется безнадежной, если студент не знаком с эмбриологией человека и историей жизни позвоночных, а также со всеми деталями анатомии человека. Для

такого ученика закон будет самоочевидным, настолько переплетенным с нитями высшей организации, что практически сформирует его образец.

Проще говоря, мы могли бы предложить следующее общее утверждение. Любая сила, приложенная к телу с достаточной силой, вызовет подвывих позвонка над спинномозговыми нервами, питающими поврежденную область. Таким образом, плечевое сплетение управляет рукой и плечом и соединяется с позвоночником посредством 5, 6, 7, 8 Шейных и 1 Спинного нервов. Любая сила, воздействующая на руку или плечо, имеет тенденцию вызывать подвывих шестого или седьмого шейного или первого спинного позвонка, так что все возникающие в результате этого постоянные патологические состояния будут проявляться в руке или плече или близлежащих тканях шеи.

Эта тема представляет собой великолепное поле для индивидуального изучения, но сама по себе выходит за рамки ограничений, установленных для данной работы.

Влияние подвывихов

Могут возникать незначительные подвывихи из-за адаптации окружающих частей и небольшого зазора внутри межпозвоночного отверстия, не производящие заметного эффекта. Однако они всегда свидетельствуют о *склонности* к заболеваниям.

Большинство подвывихов в той или иной степени вызывают заболевание, и делают это из-за *ущемления нервов*. Ущемление может быть вызвано либо давлением *на* нерв или ганглий, либо *сужением* нерва там, где он проходит через межпозвоночное отверстие; первое происходит в случае шейных симпатических, подзатылочных нервов и крестцовых нервов; последнее является более распространенной формой в спинном и поясничном отделах позвоночника. Вероятно, наиболее сильное сужение нерва, которое может произойти в организме, наблюдается при вращении поясничных позвонков; тело повернутого позвонка задевает нижний нерв со стороны, противоположной направлению, выбранному остистым отростком.

Любая разновидность удара вызывает заболевание, патологическую структуру или функцию путем раздражения нерва: легкий удар раздражает, тяжелый удар частично или полностью парализует нерв.

РАЗНОВИДНОСТИ ПОДВЫВИХА

В зависимости от аномальных соотношений между позвонками подвывихи могут быть по-разному описаны как повернутые, наклоненные, смещенные вперед, назад или вбок. Они обычно сочетают в себе две или более из этих форм, так что чисто ротационный или полностью латеральный подвывих встречается редко.

Вращение

Каждый позвонок имеет вертикальную ось, вокруг которой он имеет тенденцию вращаться. Эта ось не всегда является центром масс, но зависит от расположения масс, неподвижности хрящей, связок и мышц, которые, как правило, удерживают некоторые части позвонка более фиксированными, чем другие, и расположения суставных отростков, которое, как правило, препятствует движению в определенных направлениях.

Ось вращения первого Шейного отдела является центром зубовидного отростка второго Шейного отдела, который сочленяется с поперечной связкой и передней дугой первого. Частый подвывих атланта - это поворот вокруг этого отростка так, что один поперечный отросток постоянно находится кзади от своего нормального положения, а другой, соответственно, спереди.

Ось вращения шейных позвонков ниже Атланта находится в крайней передней части их тела. Эта часть остается относительно фиксированной при вращательном подвывихе, в то время как кончик острого отростка описывает наибольшую дугу.

В дорсальных костях ось вращения лежит в задней части центра, рядом с нервным каналом. Когда острый отросток оказывается смещенным вбок при вращении, передняя часть тела слегка смещается в противоположном направлении, скручивая и напрягая волокна межпозвоночного диска.

В поясничной области вращение является наиболее распространенной формой подвывиха, ось вращения вначале перемещается вбок по поперечной линии между суставными отростками и смещается, как только позвонок выходит из своего нормального положения, к месту соединения суставного отростка с соседним позвонком на стороне, в сторону которой движется острый отросток. Таким образом, при повороте позвонка так, что острая часть находится справа, ось будет находиться на правой стороне, при этом верхний суставной отросток следующего позвонка служит опорой, на которой может поворачиваться нижний суставной отросток вращающегося позвонка. Отростки настолько прочно зафиксированы, что, если только весь позвонок не находится достаточно далеко кзади, возможны незначительные боковые движения острого отростка без заметной ротации. Тело описывает наибольшую дугу, потому что оно удалено от центра вращения дальше, чем кончик острой мышцы.

Чаевые

Это подвывих, при котором один поперечный отросток находится выше или ниже другого или кажется таковым. Это часто происходит с атлантом в сочетании с боковым подвывихом. Фактически, форма затылочно-атлантических сочленений такова, что, если остальные Шейные позвонки сохраняют свое надлежащее отношение друг к другу, Атлант не может быть смещен вбок без определенного изгиба. Она будет относительно возвышаться с выступающей стороны, и голова будет наклонена в эту сторону, то есть в сторону бокового смещения. Таким образом, из-за клиновидных боковых масс, если весь Атлант находится правее своего нормального положения, правая сторона будет выше, а голова наклонена вправо. Это верно только тогда, когда нижележащие позвонки поддерживают нормальное взаимодействие.

Приближение

Это название применяется к тому состоянию, при котором из-за изменений в межпозвоночных дисках из-за подвывиха, препятствующего метаболическим процессам, тела или остистые отростки позвонков расположены слишком близко друг к другу.

Иногда обнаруживается позвоночник, в котором при пальпации обнаруживается, что остистые отростки собраны в группы, иногда по два или три, иногда по пять или шесть; никакие два промежутка не кажутся одинаковыми, за очень широким промежутком следует один или два, которые почти незаметны; изменение ширины промежутков не соответствует известным

нормальным изменениям в тех областях, где изменяющийся наклон остистых отростков должен изменять относительную ширину последовательных промежутков. Мы ожидаем, например, обнаружить более широкое пространство между третьей и четвертой спинными костями, чем между второй и третьей; если мы не обнаруживаем этой разницы, это, несомненно, связано с изменением хряща и сближением позвонков.

В случае общего истончения межпозвоночного вещества, неравномерно распределенного между различными отделами позвоночника, запись покажет, что почти каждый позвонок указан либо как S, либо как I, и если используется система подчеркивания, то эти два направления часто указываются как наиболее заметные.

Изучение позвоночника прояснит тот факт, что при истончении хряща между любыми двумя спинными позвонками спереди тела позвонков будут ближе друг к другу, а остистые отростки - более широко разнесены; остистый отросток верхнего позвонка будет прижат к тому, который находится выше него, а остистый отросток нижнего позвонка - к тому, который находится ниже него. Говорят, что эти остистые отростки *приближены*.

Таким образом, коррекция подвывихов S или I типа зависит от коррекции нарушенных процессов питания.

Боковые смещения

Согласно использованию более ранних авторов о подвывихах, этот термин (боковое смещение) включал вращение позвонка, а также те изменения положения, при которых весь или почти весь позвонок отклоняется в сторону от своего нормального положения. С момента введения термина “ротация” в описание подвывихов значение термина “боковое смещение” стало гораздо более ограниченным. В настоящее время это относится к состоянию, которое, вероятно, в строгом смысле встречается только в шейном отделе, чаще всего при первом и втором шейных отделах, причем оба подвывихнуты вместе.

Мы уже говорили, что наиболее важным фактом, который необходимо установить относительно Атланта, является его боковое смещение, поскольку это приводит к наибольшему защемлению нервов. О боковом смещении любого другого шейного отдела лучше всего судить при осмотре поперечных отростков, поскольку при пальпации только остистого отростка совершенно невозможно отличить боковой подвывих от ротационного.

В спинной и поясничной областях буква R или L, используемая для описания положения остистого отростка, чаще всего указывает на вращение позвонка. Хотя таким образом совершенно правильно описывать подвывих в записи, при определении формы используемой коррекции необходимо учитывать положение *всего* позвонка.

Передние подвывихи

Смещения вперед могут происходить в любом месте позвоночника. В случае первого шейного отдела это обычно, хотя и не всегда, смещение вперед только в одну сторону — вращение — хотя весь Атлант может быть передним, если Ось сместилась вместе с ним или наклонена так, что остистый отросток находится намного выше. Это редкость.

Любая шейка матки может быть передней; обычно серия является передней (если таковая имеется), что приводит к увеличению изгиба шейки матки — лордозу. Это условие может быть исправлено с помощью поперечных регулировок спереди и сбоку.

Спинной позвонок находится только *относительно* переднего отдела позвоночника, соседние позвонки расположены относительно заднего отдела позвоночника, и единственной возможной коррекцией в настоящее время является установка задних позвонков. Поясничный отдел не может быть передним, если только те, что ниже его, также не являются передними, из-за блокировки суставов. Обнаружение передних поясничных отделов довольно распространено. Пятый поясничный отдел может быть подвывихнут кпереди из-за смещения вперед крестца; в то же время он должен быть *выше* из-за формы суставных поверхностей, которые обращены вниз и вперед. Остистый отросток плотно прилегает к четвертому, в то время как тело пятого слишком далеко отделено от тела четвертого.

Задние подвывихи

Есть много хиропрактиков, которые всегда уделяли заднему подвывиху больше внимания, чем любому другому, не потому, что он вызывает большее ущемление нерва, чем другие, а потому, что его легче всего обнаружить; он наиболее настойчиво привлекает внимание неквалифицированного исследователя. Также не следует недооценивать его важность, хотя теперь мы понимаем, что в некоторых случаях поворот переднего позвонка может вызвать большее ущемление нерва, чем заднего.

Задний подвывих в нижних отделах спины и поясницы легче всего поддается коррекции; в этой области смещение кзади одного позвонка имеет тенденцию приводить к смещению следующего соседнего верхнего позвонка, при этом наиболее резкое отклонение происходит между задним и нижним позвонками.

Любой позвонок может располагаться сзади: атлант редко бывает таким в целом и никогда, если Ось также не смещена назад; шейная и Дорсальная области часто представляют вариации такого рода, которые, однако, не следует путать с длинными, выступающими или чрезмерно развитыми остистыми отростками; крестец может располагаться кзади от подвздошной кости с одной стороны или от обеих подвздошных костей.

Затылочные подвывихи

Здесь следует упомянуть форму подвывиха, не являющуюся строго позвоночной, — смещение между мышелками затылочной кости и боковыми массами атланта. Это происходит, когда голова слишком сильно перемещается по Атланту, что вызывает немедленное раздражение нервов и мышечное напряжение, достаточное для удержания ее в ненормальном положении. Шейка матки может быть вполне нормальной ниже Атласа, хотя это, конечно, не является правилом. Коррекция затылочных подвывихов производится путем приложения силы к атланту и черепу, иногда путем удерживания атланта и вращения черепа.

Возраст подвывихов

Относительный возраст подвывихов может быть определен, правда, в довольно широких пределах, путем изучения формы остистого отростка. Недавно приобретенные подвывихи резко

очерчены, имеют заметные края на остистом отростке. Со временем они имеют тенденцию становиться округлыми и притупленными и, кажется, покрывают больше поверхности, подобно тому, как горный хребет, который при первом подъеме кажется острым и неровным, постепенно приобретает правильные изгибы под действием стихий.

Таким образом, природа защищает подвывихнутый позвонок от дальнейшего контакта с окружающей человека средой, а округлый отросток снижает вероятность воздействия на него удара или шока.

Изменения формы

Заболевания костей, такие как рахит, остеомалация и т.д., и особенно болезнь Поттса, или кариес позвоночника, вносят заметные изменения в форму позвонков. Кроме того, подвывихнутый позвонок может постепенно приобретать форму, соответствующую его ненормальному положению, которое он занимает, наиболее распространенным изменением является принятие центром позвонка клиновидной формы. Это серьезное препятствие для адаптации, поскольку неправильная форма позвонка приводит к тому, что после каждого движения он принимает прежнее ненормальное положение.

Существует мало шипов без более или менее деформированных позвонков.

Анкилоз также приводит к значительным изменениям формы позвонков. Существует два вида анкилоза — истинный и ложный. Первый - это отложение костных клеток на кости, часто с образованием мостовидной структуры, удерживающей смежные позвонки вместе. Это может связывать любые части позвонков, но чаще всего удерживает тела, и в этом случае это можно оценить, только обнаружив отсутствие движения между нормально отделяемыми позвонками. Ложный анкилоз возникает при лихорадке костей и заключается в выделении костного вещества, которое иногда приводит к заметным искажениям формы.

ТЕХНИКА РЕГУЛИРОВКИ

Определения

Коррекция позвоночника - это искусство ручной коррекции неправильного положения подвывихнутых позвонков.

Коррекция положения позвоночника, строго говоря, должна означать полное восстановление нормального соотношения между ранее подвывихнутыми позвонками. Как используется в хиропрактике, это означает либо частичное, либо полное восстановление таких нормальных отношений.

Неправильная регулировка, используемая в профессии, обозначает любое движение позвонков рукой, которое вызывает или усиливает подвывих.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НАСТРОЙКИ

Ученику будет полезно сначала освоить общие правила и принципы, которые регулируют работу позвоночника, а затем перейти к детальному изучению каждого движения по очереди, прежде чем практиковать его. Искусством приспособления можно овладеть только практикой, а высокой степенью совершенства в нем можно овладеть только *продолжительной* практикой. Однако скорость, с которой им можно овладеть, во многом зависит от формирования четкого предварительного представления о предстоящей работе и способа ее выполнения.

По мере того, как ученик продвигается в искусстве, он иногда обнаруживает, что виновен в ошибках, которые в некоторой степени снижают эффективность его работы. Они могут возникать в результате бессознательной модификации впервые изученной техники или в результате бессознательного повторения какой-либо необходимой модификации, требуемой особой особенностью в одном или нескольких случаях.

Этот раздел предназначен для предоставления надлежащей предварительной концепции, а также для того, чтобы служить руководством для настройщиков, которые, ссылаясь на изложенные здесь предписания, могут обнаружить и исправить свои собственные ошибки. Это не предназначено для предоставления достаточного образования, чтобы оправдать практику без клинического обучения, что является неоправданным, а скорее для ускорения образования, которое может обеспечить только практика.

Объект корректировки

Поскольку подвывих позвонков является аномалией *соотношения* между позвонками, очевидно, что его коррекция должна заключаться в возвращении нормального соотношения. Этого можно достичь, только изменив *относительное* положение. Движение участка позвоночника, состоящего из нескольких позвонков, в истинном смысле не является Регулировкой. Это *единственный* позвонок, который должен быть перемещен.

Движение должно быть рассчитано на приведение позвонка в нормальное положение *как можно более прямым способом*. Следует использовать такое движение, которое изменит направление сил, вызвавших подвывих позвонка. Его следует наносить на поперечные или остистые отростки или на пластинку, как это иногда делается в случае Атланта, в зависимости от вида подвывиха. Различные подвывихи требуют разной обработки. Случаи бывают разные. Выберите движение, *наиболее подходящее для данного случая*. Наиболее точно это можно определить с помощью правильной пальпации, которая фиксирует в сознании регулировщика положение каждой части позвонка, ее отношение к другим позвонкам, точки наибольшего поражения нерва и т.д., Все это должно подсказать наилучший метод коррекции.

Основной целью коррекции является устранение защемления нервов.

Передаваемый удар в сравнении с Толчком

Механизм, используемый при регулировке, был описан по-разному. Многие писатели и учителя использовали термин “толчок” для описания движения рук, и этот термин правильно применяется к движению, используемому многими хиропрактиками. Но тщательное изучение методов приложения силы, используемых наиболее успешными настройщиками, теми, кто достиг наибольших результатов с наименьшим процентом неудач и минимальной болью для

пациента, раскрывает тот факт, что главным элементом их настройки является *передаваемый шок*.

Кисть удерживается в тесном контакте с подлежащим корректировке позвонком, а руки и плечи совершают такие движения, чтобы приложить необходимое усилие при малейшем возможном изменении положения рук. Позвонок отходит от контактирующей руки. При выполнении *толчка* рука должна следовать за позвонком, усиливая каждую часть движения. Реальный эффект толкающего движения, поскольку рука не может войти в тело, как это сделал бы острый инструмент, заключается в *подталкивании*. Надавливание не приводит к подвывиху и не вправляет позвонки так легко, как быстро применяемый шок.

Давайте проиллюстрируем это обычным физическим экспериментом. Подвесьте несколько шариков из слоновой кости на шнурах одинаковой длины таким образом, чтобы каждый соприкасался со своим собратом и все находились на прямой линии. Когда шарики правильно отрегулированы, их центры должна соединять прямая линия. Крепко держите один конец шарика в руке или с помощью инструмента, обеспечивающего его абсолютную фиксацию. Затем резко ударьте легким молотком. Все шары останутся неподвижными, за исключением одного на противоположном конце, который отлетит на расстояние, точно измеряемое в соответствии с силой удара. Как это происходит?

Удар передается по молекулам слоновой кости до тех пор, пока не достигнет конечного шарика, который не удерживается другим. Здесь передаваемая сила расходуется в молярном движении, мяч отскакивает от своих собратьев, как если бы он висел один и по нему нанесли удар с той же силой.

Хорошо известно, что, сильно уперев локоть в челюсть человека, а затем резко ударив по сжатому кулаку другой рукой, раскрытой, можно нанести очень сильный удар; однако предплечье, через которое передается удар, не двигается.

Слоновая кость очень похожа на человеческую. Кроме того, было продемонстрировано, что закон, проиллюстрированный вышеупомянутым экспериментом, в равной степени применим к движению позвонков. Толкающее движение *может* сдвинуть определенный позвонок, но, вероятно, главным фактором при этом является элемент передаваемого удара, содержащийся в движении и доставляемый в момент высвобождения руки из позвоночника в конце движения.

С другой стороны, очевидно, что толкающее движение может привести к смещению нескольких позвонков в дополнение к тому, который непосредственно соприкасается с регулирующей рукой, вследствие того, что сегменты позвоночника тесно связаны друг с другом. Если используется постоянное напряжение, при котором у мышц и связок есть время для действия, может возникнуть один из трех результатов: (а) специфическая регулировка; (б) движение нескольких позвонков одновременно, что не является регулировкой; (в) прогиб позвоночника в его самом слабом месте, которое может находиться на некотором расстоянии от точки контакта с регулирующей рукой, при этом связки и мышцы передают и рассеивают напряжение по большой площади. В последнем случае результатом обычно является новый подвывих или увеличение старого вместо коррекции.

Быстрое Движение

Таким образом, *скорость* становится важным фактором правильной регулировки.

Хорошую иллюстрацию значения скорости можно взять из кучи колец, связанных вместе веревкой. Если человек с молотком желает убрать центральный кол группы и пытается сделать это медленным толкающим движением, результатом является изменение положения многих кол, которые прикреплены к центральному колу и друг к другу. Если, напротив, он нанесет резкий, быстрый удар своим молотком, попадая прямо в центр равновесия одного кола, он вылетит прямо со своего места, оставив остальные неподвижными. Это именно то, чего мы хотим достичь с помощью корректировки. Судя по скорости движения, мы ожидаем смещения *одного* позвонка до того, как спайка, сокращение мышц или неэластичность связок смогут ослабить усилие.

Тесный контакт

Для того, чтобы усилить передаваемый шок, на первый взгляд, было бы разумнее всего отвести руку назад и резко ударить по позвонку. Напротив, было сочтено целесообразным осторожно помещать руку *втесном и непосредственном контакте* с подлежащим корректировке позвонком. Сама природа указывает нам путь в тонком механизме передачи ударов барабанной перепонкой.

Также рука регулировщика будет охватывать гораздо больше, чем просто остистый или поперечный отросток, который используется в качестве рычага и на который желательно передавать удар, если только он не расположен так, чтобы соприкасалась только *небольшая часть*; при таком контакте предотвращается распространение удара и повышается его эффективность на ограниченной площади. Плотник, желающий зенковать гвоздь, прикладывает к шляпке гвоздя небольшой инструмент, называемый зенковкой, по которому затем резко ударяет молотком. Контактная кисть регулировщика представляет собой зенковку и используется двумя руками как пассивный инструмент для передачи удара.

Тесный контакт руки, которая остается пассивной, делает настройку гораздо менее болезненной для пациента, чем это было бы в противном случае, и одной из главных задач настройщика должно быть сведение к минимуму причиняемой боли любыми средствами, которые не уменьшают получаемого эффекта. Также любое отведение руки назад перед движением предупреждает пациента и, как правило, вызывает непроизвольное сокращение мышц, которое мешает приспособлению.

Расслабление

При регулировке необходимо преодолевать два вида сопротивления — пассивное сопротивление инерции, связок или избыточного веса и активное сопротивление мышечному сокращению. Важно, чтобы обе формы были сведены к минимуму.

Первое может быть уменьшено за счет положения тела пациента; его располагают так, чтобы подлежащий коррекции позвонок находился в максимально свободном положении. Второе снижается до минимально возможного уровня, составляющего не более мышечного тонуса, с помощью двух методов: (а) устного внушения и (б) мышечного внушения.

Устное Внушение

Объясните пациенту необходимость расслабления. Дайте ему понять, что потребуется меньше усилий, если его мышцы будут пассивны. Почаще напоминайте ему об этом и предположите, что он хочет расслабиться. Слово непосредственно перед корректировкой часто вызывает временное расслабление, во время которого дается корректировка. Все, что отвлекает внимание от надвигающегося шока, является вспомогательным средством. Иногда просьба к пациенту вдыхать и выдыхать медленно и глубоко в достаточной степени отвлекает его внимание от адаптации. Опыт научит его, что он меньше страдает от боли, когда расслаблен, и в настоящее время расслабление становится привычкой. У некоторых пациентов оказалось эффективным внушение пациентам думать о сне, поворачивая глазные яблоки вверх.

Мышечное Внушение

Этого можно добиться только путем поддержания состояния расслабления собственных мышц, что само по себе желательно в большинстве случаев по причинам, которые будут сейчас объяснены. При работе с шейными позвонками плавно перемещайте голову из стороны в сторону, максимально расслабляя руки. Ленивые движения предполагают расслабление. Затем, когда почувствуете, что шея полностью расслаблена, измените движение быстрыми регулирующими движениями.

В области спины и поясницы после того, как руки займут правильное положение, специалист по настройке должен на мгновение остановиться, чтобы убедиться, что направление движения и цель движения четко зафиксированы в его сознании, а также убедиться, что и он сам, и пациент расслаблены. Корректировка производится мгновенно и за счет совершенно расслабленных мышц, когда боксер наносит удар.

Дополнительным преимуществом является большая скорость и контроль, которыми можно управлять таким образом. Расслабленная рука, находящаяся в нейтральном с точки зрения движения состоянии, может сокращаться в любом желаемом направлении без потери силы или времени, тогда как напряженная мышца не может далее осуществлять движение руки без расслабления ее мышц-антагонистов, что требует времени.

Мышечный контроль

Значительное усилие над собственными мышцами необходимо для того, чтобы идеально расслабить мышцы рук и плеч непосредственно перед регулировкой, а затем использовать отмеренное и определенное количество усилия в желаемом направлении. Чтобы приобрести это, необходимо много практики - практики на живом объекте. Однако желаемый результат можно ускорить, приобретая абстрактное свойство мышечного контроля или развивая уже достигнутый контроль.

Множество различных форм упражнений помогут приобрести мышечный контроль и способность расслабляться, а затем следовать за расслаблением с мгновенным сокращением, подобным удару хлыста, в заданном направлении. Лучший из них, без сомнения, - это *удары кулаком*. Движения, выполняемые с боксерской грушей, особенно боковое четверное движение обоими локтями и обеими руками, как правило, развивают именно тот тип контроля, который необходим для правильной настройки. Начинаящий не может придумать ничего лучше, чем

практиковаться таким образом, с помощью которого, следует помнить, можно приобрести только *необходимое свойство*, но ни в коем случае не точное движение.

Величина усилия

Величина усилия, используемого при регулировке, настолько сильно различается в разных отделах одного и того же позвоночника, что совершенно невозможно дать какую-либо правильную оценку в физических единицах. Как правило, шейка матки движется с наименьшим сопротивлением, затем дорсальные, затем поясничные отделы и, наконец, крестец и подвздошная кость, которые труднее всего сместить или заменить.

При создании дополнительной силы, когда обнаруживается, что сила, первоначально приложенная к какому-либо позвонку, оказалась недостаточной для его перемещения, помните этот закон: *Работа равна половине массы, умноженной на квадрат скорости*. Другими словами, удвоение скорости движения увеличивает его эффективность в четыре раза; утроение - в девять раз.

Увеличение силы никогда не должно осуществляться за счет увеличения *веса* или *давления* на тело пациента по причинам, которые должны быть ясны из изучения предыдущих страниц, но всегда за счет увеличения *скорости* движения.

Названия, используемые для описания движений

Названия, используемые здесь для обозначения определенных движений, каждое из которых представляет собой четко определенный метод выполнения процедуры для достижения какой-либо особой цели, являются названиями или описательными терминами, которые, по-видимому, в настоящее время используются наиболее широко. Немногие из этих движений возникли внезапно; большинство из них являются результатом постепенного роста и эволюции: то же самое и с терминами, под которыми они известны; они постепенно стали частью общего языка профессии. Использование санкционирует их, хотя некоторые из них громоздки или совершенно неуместны.

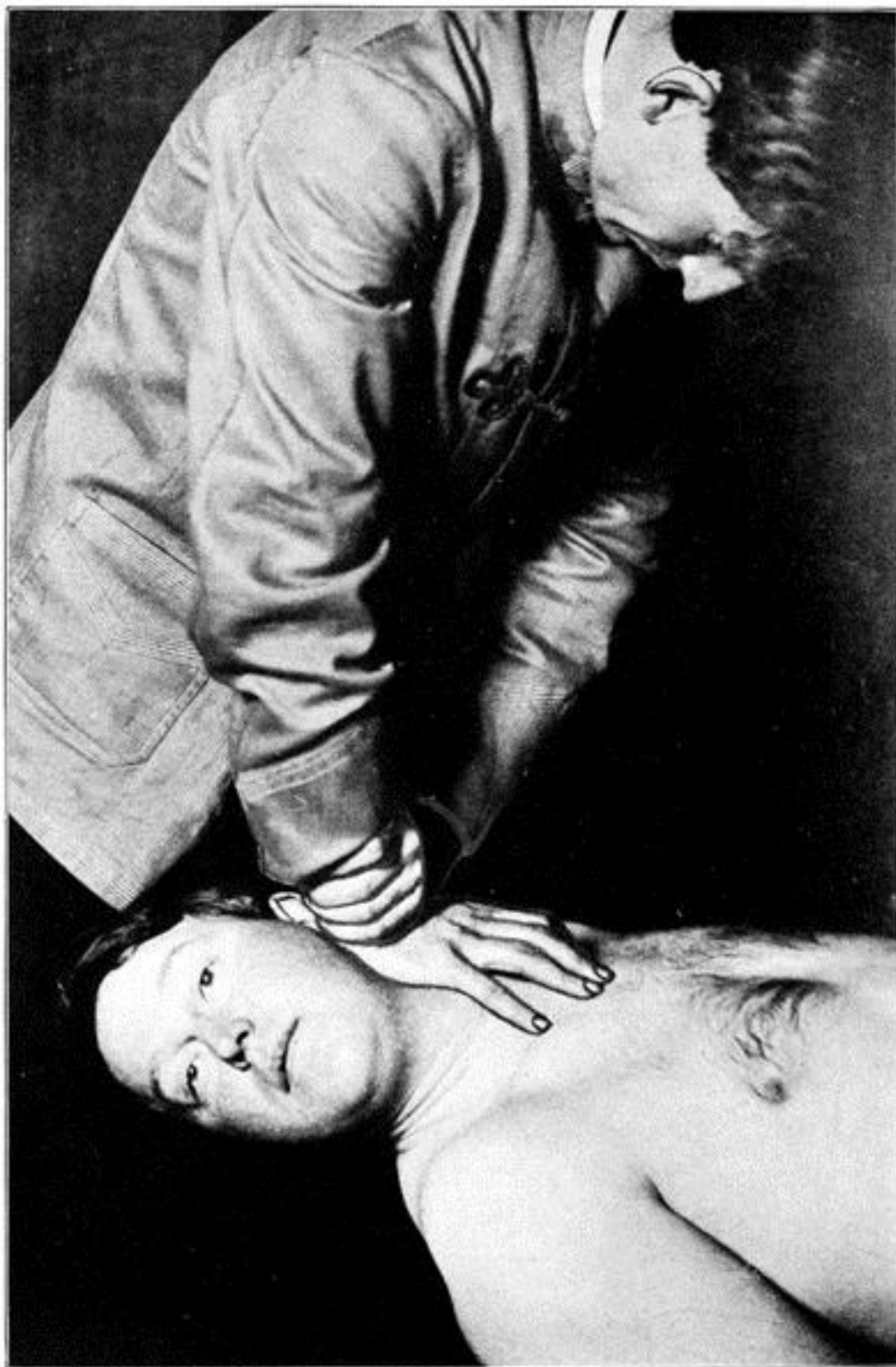


Рис. 7. Движение Морикубо. Для коррекции латерального и повернутого атланта (Лос-Анджелес). Гороховидный контакт с передним поперечным.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕХНИКА

МОРИКУБО ДВИГАЙСЯ

Движение для коррекции бокового и повернутого атласа, предназначенное для использования только в том случае, если Атлас зарегистрирован как R. A. или L. A. Положение головы пациента делает поперечный отросток недоступным, за исключением случаев, когда он находится спереди с той стороны, с которой требуется коррекция.

Положение пациента

Соедините две секции скамьи bifid вместе, чтобы создать эффект прочной скамьи с наклоном передней части вверх. Положите пациента на спину, затылком плотно упритесь в скамью, подбородок слегка приподнят. Затем поверните голову пациента так, чтобы она была обращена вбок и лежала ровно на стороне наименее выступающей поперечной линии. При этом обнажается передняя поперечная часть перед сухожилиями грудино-сосцевидной мышцы.

Использование рук

Встаньте, перегнувшись через изголовье скамьи, и осторожно положите гороховидную кость регулирующей кисти на кончик поперечного отростка, стараясь раздвинуть грудино-сосцевидные сухожилия, если они окажутся между гороховидной формой и отростком. Пальцы регулирующей руки опускаются вниз, к ключице, и легко, очень легко ложатся на шею пациента. Другой рукой крепко возьмитесь за запястье регулирующей кисти, поместив писеобразную форму верхней части кисти во впадину под шиловидным отростком лучевой кости.

Движение

Это выполняется прямо вниз по направлению к скамье. Упражнение должно быть легким и быстрым, рука не должна следовать за процессом в его движении.

Это движение болезненно, и его не следует выполнять, если этого можно избежать. При его выполнении требуется предельная осторожность и тщательный расчет силы. Ошибитесь, если вообще ошибетесь, в сторону чрезмерной осторожности. Техника будет лучше понята после изучения более подробного описания "Отдачи", поскольку положение и использование кистей, предплечий и плеч во многом одинаковы для обоих.

ПЕРЕДНЕШЕЙНОЙ ХОД В ФОРМЕ ПИССУАРА

Показан при вращении шейного позвонка, у которого один поперечный отросток находится впереди своего нормального положения или более переднего, чем другой, который также может быть несколько, хотя и менее, передним.

Размещение Пациента

Что касается движения Морикубо, расположите пациента в положении лежа на спине, положив голову на скамью и приподняв подбородок. Слегка поверните лицо пациента в сторону от выбранной передней поперечной линии и поддерживайте голову свободной рукой во время пальпации.

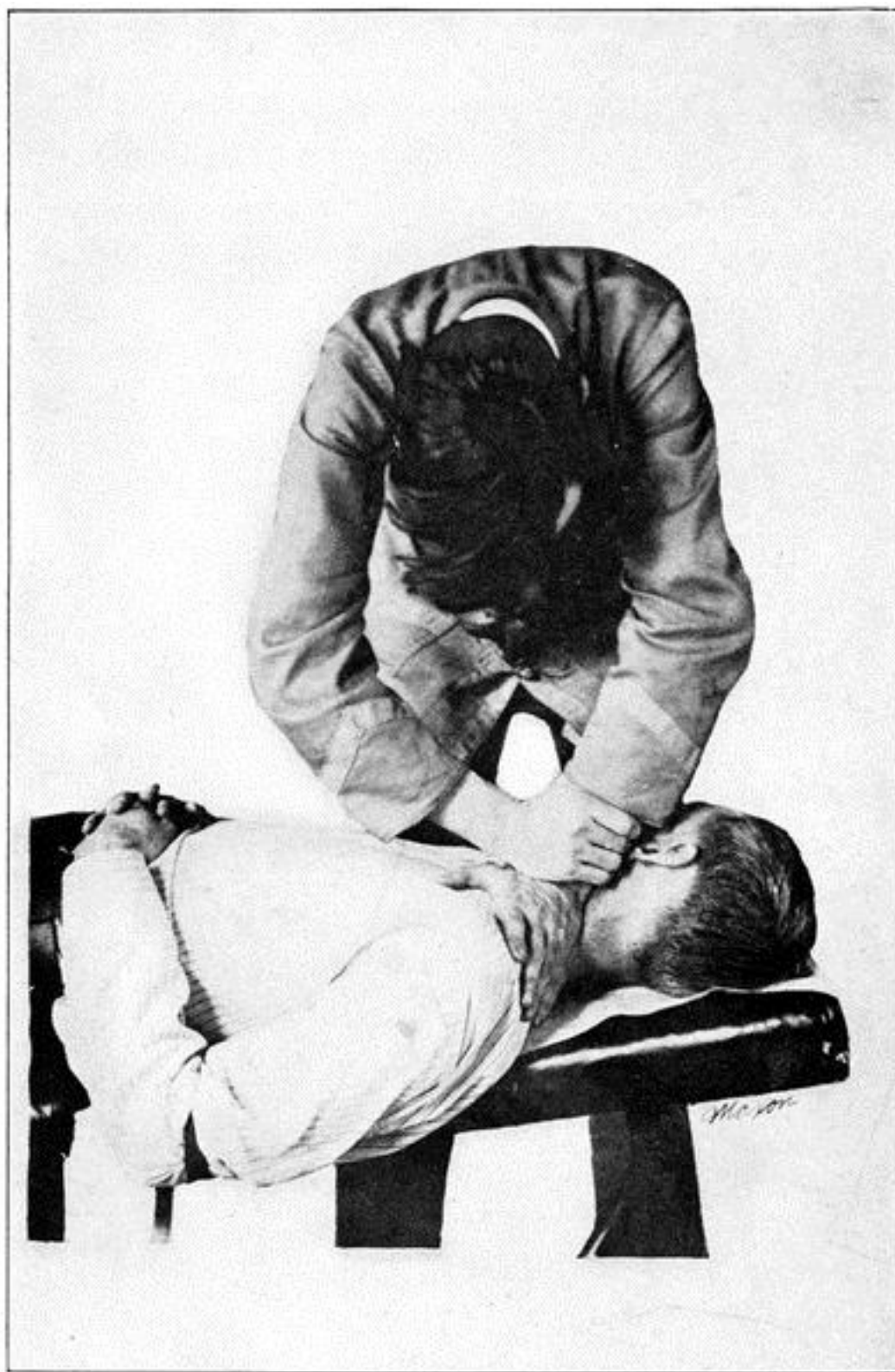


Рис. 8. Передний шейный ход в форме писсуара.

Установление Контакта

Пальпируйте вниз от атланта поперек вдоль заднего края грудино-сосцевидного отростка, глубоко погружаясь в шейку и исследуя кончиками первых трех пальцев, пока не почувствуете поврежденный отросток в виде костного бугорка, более четкого на ощупь, чем те, что выше и ниже. Всегда протягивайте руку *поперек* шеи к выбранной поперечной линии; если она правая, встаньте слева от пациента и используйте левую руку для пальпации, а также для контакта рукой.

Обнаружив отросток, осторожно отодвиньте любые ткани, которые имеют тенденцию вставляться между пальцем и костью, поменяйте руку так, чтобы пальпирующая рука была свободной, а другая удерживала место контакта вдали от вставленных тканей и четко указывала на него, затем аккуратно, но твердо приложите к *передней* части отростка лодыжку ладони, чтобы при надавливании сверху ощущалась масса кости между лодыжкой и скамьей.

Завершающая Позиция

Здесь следует отметить, что головка неустойчива и имеет тенденцию раскачиваться при легком надавливании или движении контактной руки. Зафиксируйте голову, положив колено на изголовье скамьи сбоку от головы пациента, но не грубо, а так, чтобы голова не могла двигаться дальше в сторону регулировщика.

Теперь укрепите руку контакта, взявшись за запястье другой, слегка надавите вниз, чтобы усилить контакт и избежать скольжения, и вы готовы к

Движение

который направлен резко *вниз* по направлению к скамейке запасных. Это движение поворачивает позвонок вокруг его вертикальной оси и создает нагрузку в обратном направлении на весь позвоночник в этой точке.

Необходимо соблюдать осторожность, потому что движение в лучшем случае болезненно. Легко соскользнуть с конца поперечины. Примите все меры предосторожности, чтобы избежать защемления мышцы, нерва или кровеносного сосуда между контактирующей рукой и позвонком. При правильном использовании это движение ценно, возможно, самое ценное из всех движений переднего отдела шейки матки, но оно требует четкого суждения.

ПОСЛЕДНИЙ КОНТАКТ ПАЛЬЦАМИ

Это движение отличается от предыдущего двумя важными особенностями; рука для контакта должна быть выбрана таким образом, чтобы по отношению к стороне расположения позвонка пальцы были вытянуты вверх по направлению к голове пациента, а противоположная рука поддерживает голову, а не усиливает руку для контакта.

Размещение Пациента

Что касается предыдущего хода. Голова остается в этом положении только до тех пор, пока не будет установлен контакт, после чего поддерживающей рукой ее поднимают до тех пор, пока не почувствуется плотный контакт и мышцы шеи не будут достаточно напряжены.

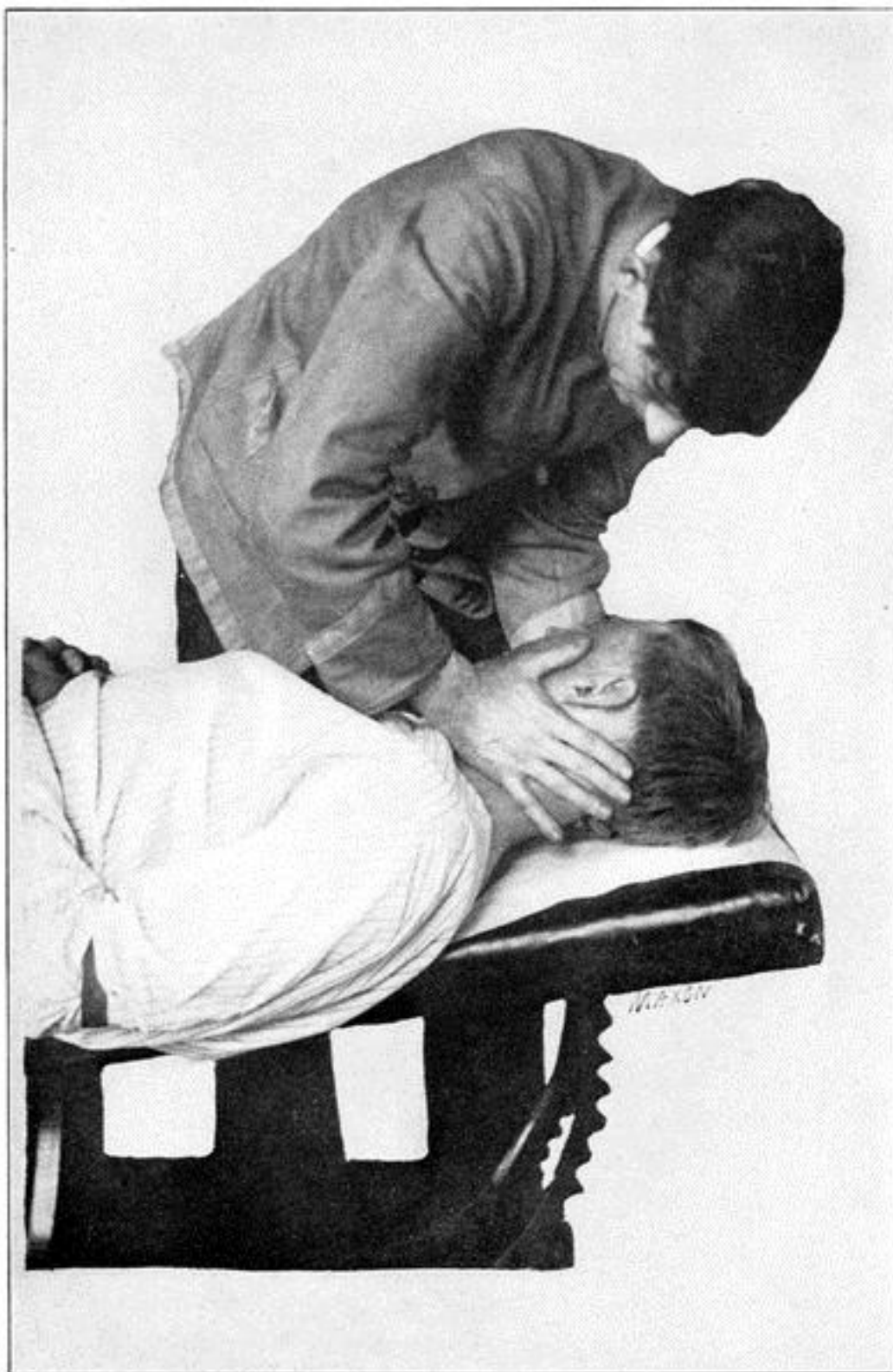


Рис. 9. Последний контакт пальцами передней части шейки матки.

Установление Контакта

Пальпируйте левой рукой, если стоите слева от пациента, чтобы устранить правый передний подвывих. Найдите повреждающий передний поперечный участок, оттяните ткани средним пальцем пальпирующей руки, замените на средний палец свободной руки, который отмечает и удерживает точку контакта. Теперь поместите (с осторожностью) основание мизинца руки, которая использовалась для пальпации, в точку чуть ниже мыщелка последней пястной кости и немного к ладонной стороне, в непосредственном контакте с передней частью поперечной. Последний палец будет согнут в радиальную сторону, и таким образом для контакта останется неглубокое углубление.

Завершающая Позиция

Слегка удерживайте контактное устройство и подсуньте свободную руку под голову пациента, которая слегка обращена к регулятору. Поднимите голову, отводя шею от регулирующей руки к груди пациента, пока не почувствуете, что контакт надежный и что дальнейшее движение приведет к растяжению шеи. Вы готовы к

Движение

которое выполняется полностью контактной рукой, вниз и по направлению к задней поверхности шеи. Родоразрешение затруднено, потому что силовая рука согнута в локте, а положение неудобное. Практика, однако, вскоре сделает одного адепта.

Использует

Для вращающихся позвонков, у которых один поперечный выступ находится впереди другого, только шейный. Это движение дает немного менее выгодный угол наклона силы, чем предыдущее, но с меньшей вероятностью будет болезненным.

ВТОРОЙ ПЯСТНЫЙ КОНТАКТ

Положение пациента

Уложите пациента на спину на скамью так, чтобы его голова выступала за край скамьи и опиралась на приподнятое колено пальпатора. Встаньте в изголовье скамьи так, чтобы смотреть пациенту в ноги.

Использование рук

В отличие от использования в предыдущих приемах, руки расположены таким образом, что регулирующей рукой при правом переднем подвывихе будет правая рука, а при левом переднем - левая рука. Противоположная рука поддерживает голову после контакта.

Установление Контакта

Точка контакта на руке - вторая пястная кость на конце мыщелка, или второй пястно-фаланговый сустав. Его помещают перед пораженным участком, при этом головка поворачивается в сторону от этой стороны, а другие ткани аккуратно отводятся в сторону от кости. Тыльная сторона кисти

направлена вниз, к ключице, пальцы полусогнуты на ладони, большой палец упирается в челюсть.

Поддерживающая Головка

Следующее положение является правильным для поддержки головы при всех регулировках шейки матки, выполняемых в указанном выше положении пациента и регулировщика.

Слегка согните поддерживающую руку и положите ухо пациента в сложенную чашечкой ладонь. Вытяните пальцы к основанию и задней части шеи, положение пальцев меняйте в зависимости от степени поворота головы, чтобы пальцы всегда находились непосредственно под весом головы. Затем запястье сгибается на кисти, а запястье и предплечье подводятся ко лбу пациента таким образом, чтобы усилие, прилагаемое с противоположной стороны, не могло заставить голову поворачиваться или перемещаться на поддерживающей руке. Приложив обе руки, вытяните голову так, чтобы подбородок был наклонен вверх, пока не почувствуется, что контакт плотный. Это поддерживающее положение бесценно, и им часто пренебрегают регулировщики, которые могли бы избавить себя от многих неприятностей и неудач из-за его постоянного использования. При изучении последующих перемещений шейки матки часто обращайтесь к этому описанию. Мы будем называть это Опорой на крючок, потому что рука напоминает крюк, который захватывает нижнюю сторону головы и загибается над верхней.

Движение

Это делается полностью контактной рукой и в максимально заднем направлении, не соскальзывая после окончания процесса. Если головка достаточно повернута в сторону от контактной поверхности, угол приложения усилия будет лучше, чем при прямой боковой регулировке, которую он чем-то напоминает, но не так хорош для передней регулировки, как любой из двух предыдущих приемов. Это особенно полезно, когда два других выходят из строя.

ЗАТЫЛОЧНО—АТЛАНТИЧЕСКИЙ ХОД

Для перемещения Атланта, расположенного таким образом, чтобы одна его сторона была направлена кзади, в то время как весь позвонок смещен вбок в том же направлении; для перемещения, например, спинного мозга Atlas

Уложите пациента на спину в положении С так, чтобы голова выступала за пределы скамьи и поддерживалась коленом регулировщика.

Поднятие рук

Поместите первые три пальца одной руки под наиболее выступающую поперечину с боков, чтобы крепко удерживать ее, сначала осторожно расположив первый палец сразу за концом этой поперечины, а затем укрепив его вторым и третьим пальцами, слегка напряженными, и положив их кончики на пластинку, расположенную близко под затылочной костью.

Затем положите другую руку так, чтобы большой палец твердо лежал на челюсти пациента, а первый палец вытяните назад вдоль нижнего края затылочной кости.

Чтобы завершить выполнение положения, осторожно поверните голову в сторону выступающего с боков Атланта, пока она не упрется лицом в сторону и не будет поддерживаться тремя пальцами одной руки, а также пяткой и запястьем той же руки. Следует отметить, что при повороте головы первый палец поддерживающей руки соскальзывает в положение, расположенное непосредственно на кончике поперечного отростка, а два других занимают свое место напротив задней части кончика поперечного отростка. Теперь Атлант опирается на межпересекающуюся линию почти вертикально вверх от опорных пальцев, которые удерживают его от дальнейшего вращения.

Движение

Когда мышцы шеи будут полностью расслаблены легким и нежным движением, резко отведите верхнюю часть локтя от тела, что приведет к передаче усилия через большой палец к челюсти и еще большему резкому повороту головы, ослабляя ее сочленение с теперь уже прочно удерживаемым атлантом. Ослабленные таким образом мышечковидные суставы имеют тенденцию устанавливаясь в надлежащее положение, а вес головки заставляет ее соскальзывать вниз—вбок по Атланту.

Использует

На самом деле это движение головой, а не Атлантом, и это легкое движение, когда это практически осуществимо. Оно требует полного расслабления и часто терпит неудачу. Вероятно, что многие кажущиеся подвывихи атланта на самом деле являются подвывихами головки той кости, которые оставляют Атлант и Ось в нормальном соотношении. Это движение чаще всего используется для ослабления атласа, когда он не поддается обычной регулировке.

“ПЕРЕЛОМ” № 1

(Боковой сдвиг шейки матки)

Принцип, связанный с этим и тремя последующими ходами, один и тот же. Контакт осуществляется с концом выступающего с боков поперечного отростка шейного позвонка, отличного от Атланта, и движение полностью направлено из стороны в сторону. Его следует использовать только при латеральных, а не при ротационных, передних или задних подвывихах, о чем следует помнить, поскольку произвести его так же легко, как и исправить подвывих этим движением.

Положение

Пациент должен лежать на спине в положении С, голова должна выступать за пределы скамьи и поддерживаться коленом регулировщика. Следуя сделанной ранее записи, отсчитайте вниз до подвывихнутого позвонка и пальпируйте обе поперечные кости двумя руками одновременно, чтобы определить, не выступает ли один из них сбоку, помня, что запись указывает только на положение остистого отростка.

Найдя выступающий с боков поперечный выступ, поместите кончик пальца соответствующей руки на остистую часть подвывихнутого позвонка; то есть, если подвывих правый, используйте правую руку, а если левая, используйте левую руку. Затем проведите рукой по кругу, пока середина проксимальной фаланги первого пальца не упрется в конец поперечного. Этим движением кончик пальца освободится от остистой.

Держите регулирующую руку напряженной ребром к шее, пальцы вместе и направлены вниз. Большой палец может упираться в челюсть пациента или быть свободным; главное - плотный контакт первого пальца с поперечным.



Рис. 10. "Перелом", № 1, справа. Соприкосновение; первая фаланга с концом правой поперечной.

Движение

Удерживая руку в нужном положении, а голову опираясь на Крючок, наклоните голову вбок, поднимая лицо вверх, пока не почувствуете, что дальнейшее движение приведет к напряжению мышц.

Выполняйте движение в прямом боковом направлении, быстро и полностью контактной рукой.

“ПЕРЕРЫВ” № 2

Только для атланта и при прямом боковом смещении этого позвонка.

Положение и контакт

Положение головы пациента и поддерживающей руки точно такое же, как при использовании Брейка № 1. Контакт осуществляется концом атланта поперек с выступающей вбок стороны. Точкой контакта на руке является второй пястно-фаланговый сустав, а точнее, мыщелок второй пястной кости.

Движение

Что касается перерыва № 1.

“ПЕРЕРЫВ” № 3

Положение

Усадите пациента прямо на скамью или табурет и встаньте перед ним. При подвывихе справа используйте левую руку, а при подвывихе слева - правую. Точка контакта находится в середине проксимальной фаланги первого пальца, и пальцы тянутся назад и вниз, большой палец направлен вверх так, чтобы не мешать.

Движение

Усилие *следует* прикладывать полностью рукой, находящейся в контакте, чтобы исключить возможность того, что движение головы может привести к смещению какого-либо другого позвонка, отличного от желаемого. Но на практике усилие обычно распределяется между головкой и позвонком. В этом положении нельзя использовать опору для крюка.

Использует

Использование этого положения для перерыва позволяет избежать необходимости пациенту снова лечь в новом положении после регулировки позвоночника и поясницы. Это чрезвычайно удобно. Но, с другой стороны, пациенту, несомненно, труднее расслабить мышцы, когда он сидит, склонив голову набок и испытывая чувство потерянного равновесия, чем когда он лежит. Разрыв № 1 будет признан лучшим для среднего случая.

“ПЕРЕРЫВ” № 4

Положение

То же, что и при разрыве № 3, за исключением того, что регулировщик стоит позади пациента и кладет большой палец на основание шеи сзади, в то время как пальцы вытягиваются вниз и вперед по направлению к ключице. Как и в случае с № 3, поддерживающая рука опирается на противоположную сторону головы и отводит ее в сторону, чтобы усилить контакт.

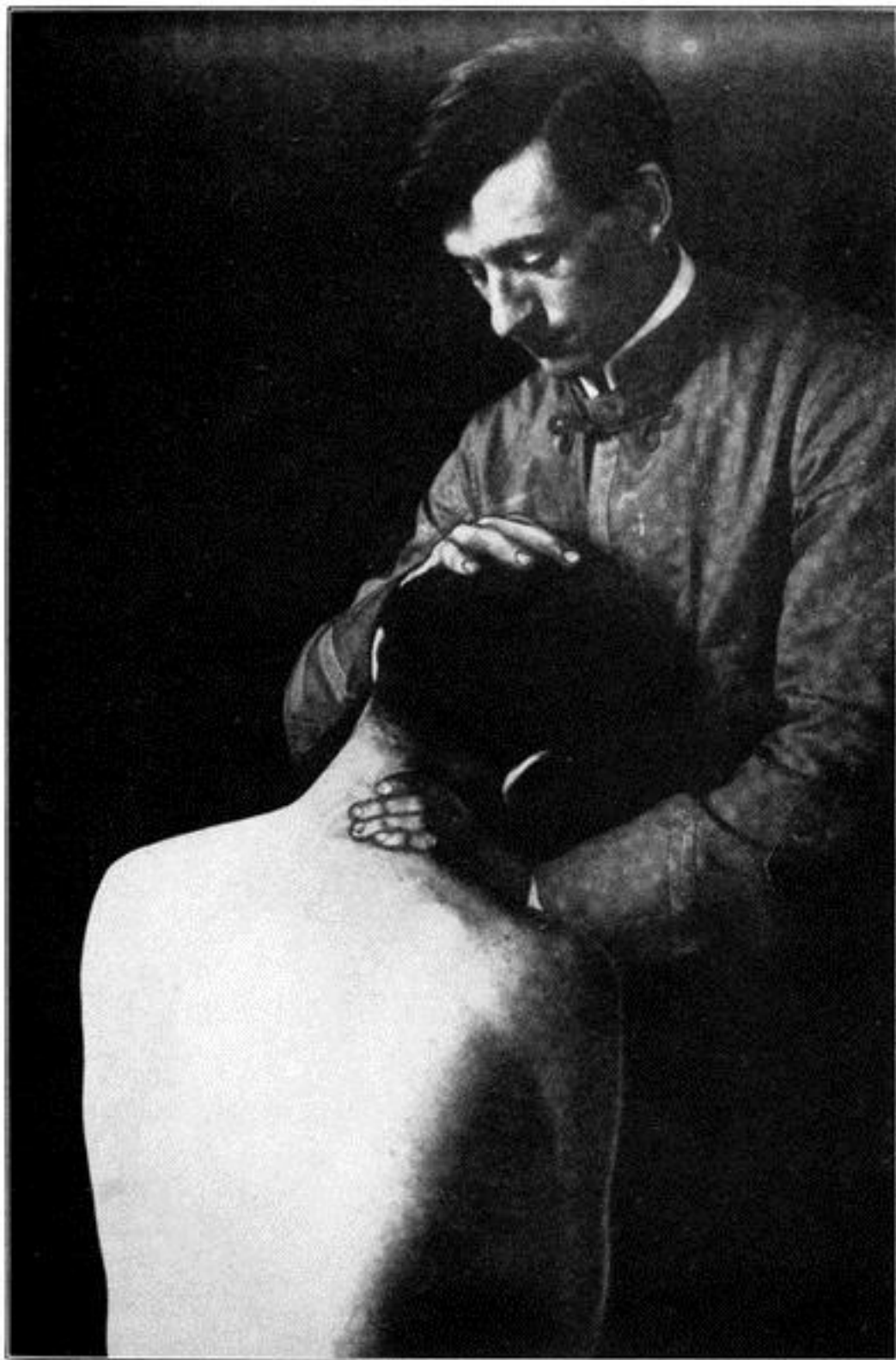


Рис. 11. "Разрыв", № 3.

Движение

Правильно, быстрое боковое движение контактной руки, при этом голова крепко удерживается противоположной рукой.

Примечание: “Разрыв”, к сожалению, назван так, и было бы хорошо, если бы вместо него обычно использовался какой-нибудь менее наводящий на размышления термин.

ВРАЩАЮЩИЙСЯ № 1

Только для коррекции ротации и может использоваться на шейке матки от 2 до 7 включительно.

Философия Ротари

Изучение шейных сочленений прояснит, что если приложить силу сбоку к остистому отростку, вероятным результатом будет *вращение* позвонка, которое отклоняет один суставной отросток назад от другого, но оставляет другой в тесном, но измененном контакте. Таким образом, остистый отросток может располагаться слева, в то время как левый суставной отросток плотно прилегает к суставу соседнего позвонка, в то время как суставы справа отделены друг от друга. Аналогичное вращение, измененное только различием в форме позвонков, происходит в поясничной области.

Движение, применяемое к остистому отростку, может исправить это состояние или усложнить его в зависимости от способа применения. *Носамая прямая линия* приложения силы для коррекции проходит вдоль линии, которая пересекает разделенные суставные отростки почти в передне-заднем направлении. Ротари подходит к этому очень близко. Это установка суставного отростка вперед по отношению к другому суставу путем приложения движения непосредственно к поперечному отростку, который находится очень близко к суставному отростку.

Большая безопасность движения заключается в том, что невозможно с каким-либо разумным усилием сдвинуть поперечный отросток слишком далеко. Если позвонок не подвывихнут, чтобы указать на это движение, осторожные попытки использовать его потерпят неудачу. Иногда таким образом можно обнаружить обманчиво изогнутый остистый отросток.

Основное возражение против поворотных № 1 и 2 заключается в том, что в этом положении невозможно отрегулировать положение спины и поясницы, и пациент должен подняться со скамьи и снова лечь, чтобы отрегулировать положение шейки матки. Этого можно избежать, если использовать положение № 3, но последнее положение не обеспечивает идеального расслабления мышц, указанных в положениях № 1 и 2, и поэтому рекомендуется только в качестве альтернативы.

Самым распространенным препятствием для использования этого движения является добровольное или непроизвольное сокращение мышц шеи. Опора-крючок *qv* ограничивает это сопротивление, обеспечивая пациенту ощущение полной безопасности. Если мышцы *сокращены*, когда голова достигает определенной степени поворота, будет ощущаться небольшая “задержка”, и после этой точки она откажется двигаться, хотя ее можно легко перемещать в радиусе, ограниченном “задержкой”. Это похоже на то, как если бы голова удерживалась неэластичным шнуром. При наличии контрактуры лучше всего не пытаться

двигать головой слишком далеко, а выполнять движение с максимально расслабленными мышцами.



Рис. 12. Поворотный механизм № 1. Готов к перемещению.

Положение и пальпация

Переведите пациента в положение С, как описано в разделе Техника пальпации. Встаньте в изголовье скамьи так, чтобы голова пациента поддерживалась одним коленом и, возможно, также одной рукой. Пальпируйте главным образом для определения количества позвонков, следуя ранее сделанной записи. Завершите пальпацию, положив кончики указательных пальцев обеих рук на остистый отросток подлежащего коррекции позвонка.

Установление Контакта

Рассмотрим здесь, в какую сторону следует перемещать позвонок; если вправо, используйте правую руку, а если влево, используйте левую руку для регулировки. Обратить регулировка силы прямо до первого пальца, примерно в середине фаланги, упирается и *позади* поперечного отростка.

Важно, чтобы палец проводился *прямо* по кругу, а не вверх или вниз, за исключением второго шейного отдела, при котором палец может слегка подниматься к поперечному. Для обеспечения правильной постановки пальца позвольте голове пациента находиться в абсолютном покое, опираясь на крючковидную опору, слегка отвернув лицо от регулирующей руки. Укрепите контактный палец тремя другими пальцами, сведенными близко друг к другу за ним. Большой палец может быть прижат или не прижат к челюсти пациента по желанию, но необходимо соблюдать осторожность, чтобы не потерять точный контакт, вытягивая руку вверх от нижней части шеи в попытке дотянуться до челюсти.

Использование подержанных вещей

Тем временем другая рука поддерживает голову и удерживает ее вес, как описано в разделе "Опора для крюка", см.

Поворачиваю Голову

Затем, мягко, но твердо прижимая указательный палец к поперечному отростку, поверните голову в направлении подвывиха и в сторону от регулирующей руки. То есть, если позвонок подвывихнут вправо, поверните лицо вправо, используя термины "правый" или "левый", относящиеся к остистому отростку.

Движение

Когда голова повернута так, что позвонки полностью отделены друг от друга с той стороны, в которую должно быть направлено движение, и мышцы пациента полностью расслаблены, хотя чувствуется, что дальнейшее вращение головы приведет к их напряжению, выполните движение. Он заключается в быстрой броске регулирующей руки, усилие передается от плеча через выброс локтя наружу, направленный вверх и внутрь против поперечного отростка. Он заменяет суставной отросток на его аналог, плавно и легко перемещая один позвонок.

Все усилие должно прилагаться рукой, находящейся в контакте. Рука перемещается через очень небольшое пространство. Принцип движения заключается в передаче удара.

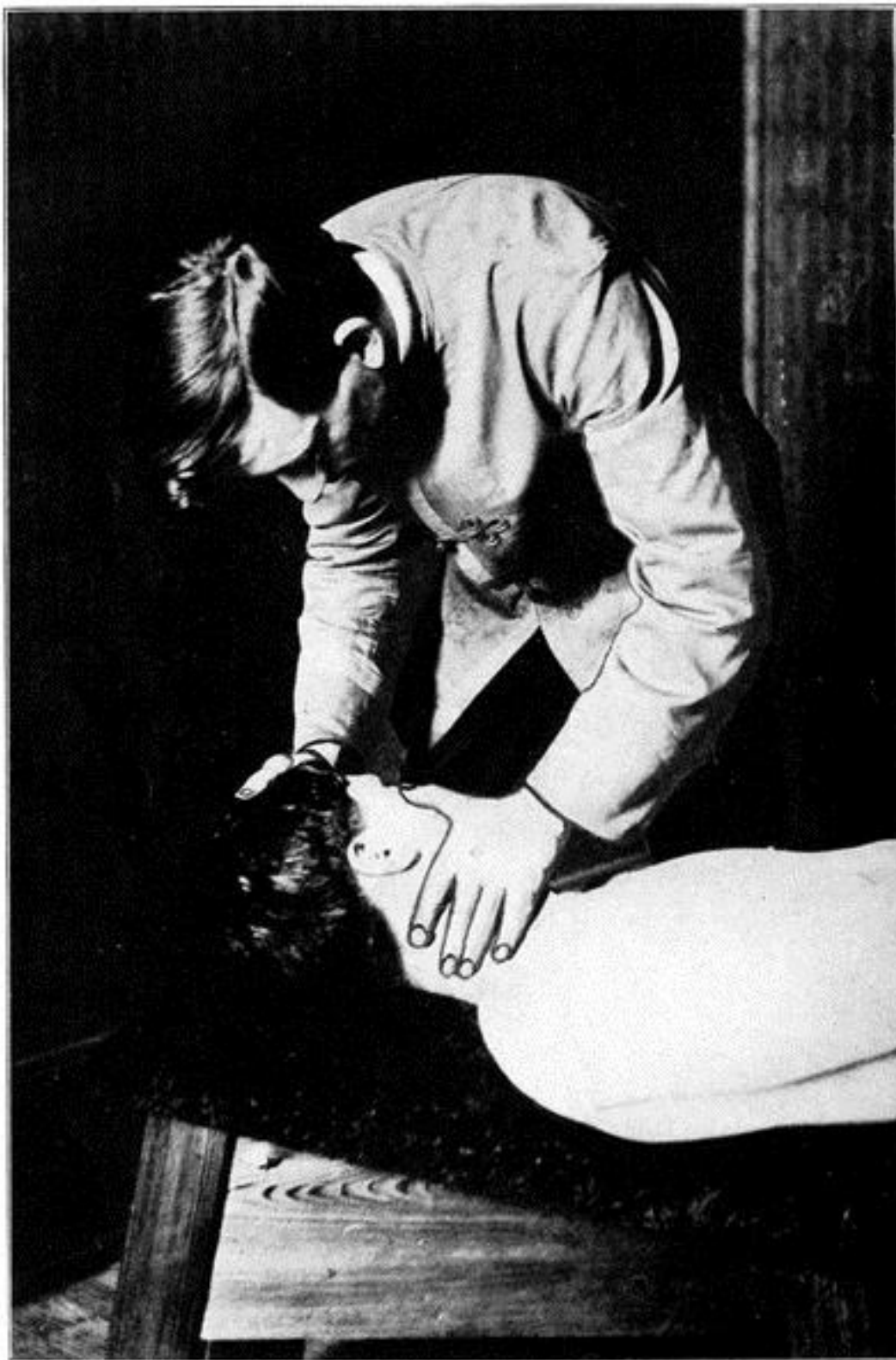


Рис. 13. Поворотный механизм, № 2.

ПОВОРОТНЫЙ № 2

Технический переход от № 1 к № 3.

Положение

Пациент лежит лицом вверх на закрытом столе, голова покоится на переднем отделе. Регулировщик стоит сбоку от пациента, выбирая сторону в соответствии с подвывихом так, чтобы смотреть через стол в направлении, в котором должен двигаться остистый отросток. Пальпация в этом положении затруднена из-за увеличения изгиба шейки матки, поэтому лучше всего следовать ранее сделанной записи.

Обнаружив подвывих, установите контакт следующим образом.

Контакты

Протяните правую руку через шею пациента для выявления правого подвывиха или левую руку для выявления левого и найдите остистый отросток. Затем проведите средним пальцем прямо по кругу до тех пор, пока ладонная поверхность среднего пальца чуть ниже второго сустава не будет плотно прилегать к поперечному отростку. Положите другую руку под голову и, работая обеими руками вместе, поверните голову к себе, приподняв подбородок, и сильнее сгибайте шею, пока не почувствуете, что контакт твердый и плотный.

Движение

Движение представляет собой быстрое подтягивание к регулятору второго, или контактного, пальца, который был как бы зацеплен за поперечный. Поперечный, таким образом, вытягивается резко вперед, и позвонок вращается вокруг своей вертикальной оси так, что остистый следует или стремится следовать за поперечным по той же дуге движения.

ПОВОРОТНЫЙ № 3

Положение

Пациент сидит прямо, обе ступни ровно стоят на полу, руки не напряжены. Встаньте перед пациентом, но в ту или иную сторону, как при повороте № 2. Используйте правую руку для регулировки правых подвывихов, а левую - для левых.

Контакты

Что касается № 2, контакт осуществляется ладонной поверхностью второго пальца, но при желании может быть перенесен на третий палец для нижних позвонков. Большой палец обычно располагается на нижней челюсти и помогает противоположной руке, расположенной с другой стороны головы, поворачивать голову и иным образом управлять ею.

Движение

Поворачивайте голову в сторону от регулирующей руки до тех пор, пока мышцы шеи не почувствуют напряжение в результате положения, а не сокращения. Затем движение выполняется в виде резкого рывка контактной руки вперед.

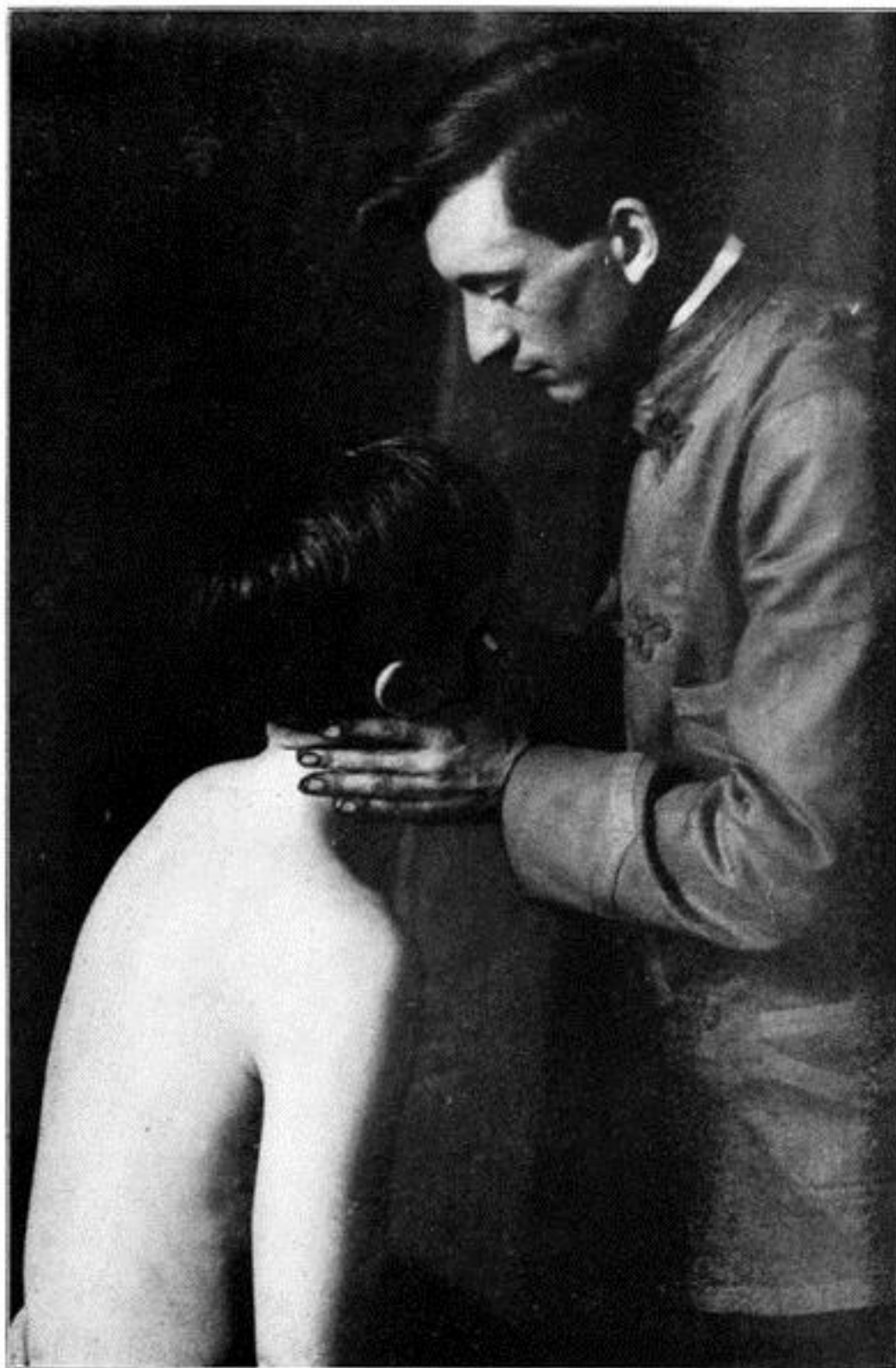


Рис. 14. Поворотный механизм, № 3.

ЯКОРНЫЙ ХОД № 1

Теория

Считается, что позвонок часто теряет свою надлежащую связь с нижележащим позвонком и, следовательно, *совсеми* позвонками или всем нижележащим столбом позвоночника, не нарушая его связи с одним или несколькими нижележащими; другими словами, столбик может быть разделен на две части подвывихом, при этом верхняя часть располагается косо на нижней. Исходя из этих рассуждений, было бы явно желательно так отрегулировать позвоночник, чтобы переместить данный позвонок, а вместе с ним и все позвонки сверху, так сказать, на позвонок снизу. Для этого все позвонки выше того, к которому прикладывается усилие, должны быть прочно *закреплены*, чтобы предотвратить напряжение между ними.

Такой прием был разработан Банном для использования в шейке матки и здесь описан только на основе нескольких наблюдений автора. Дальнейшее изучение может несколько изменить технологию.

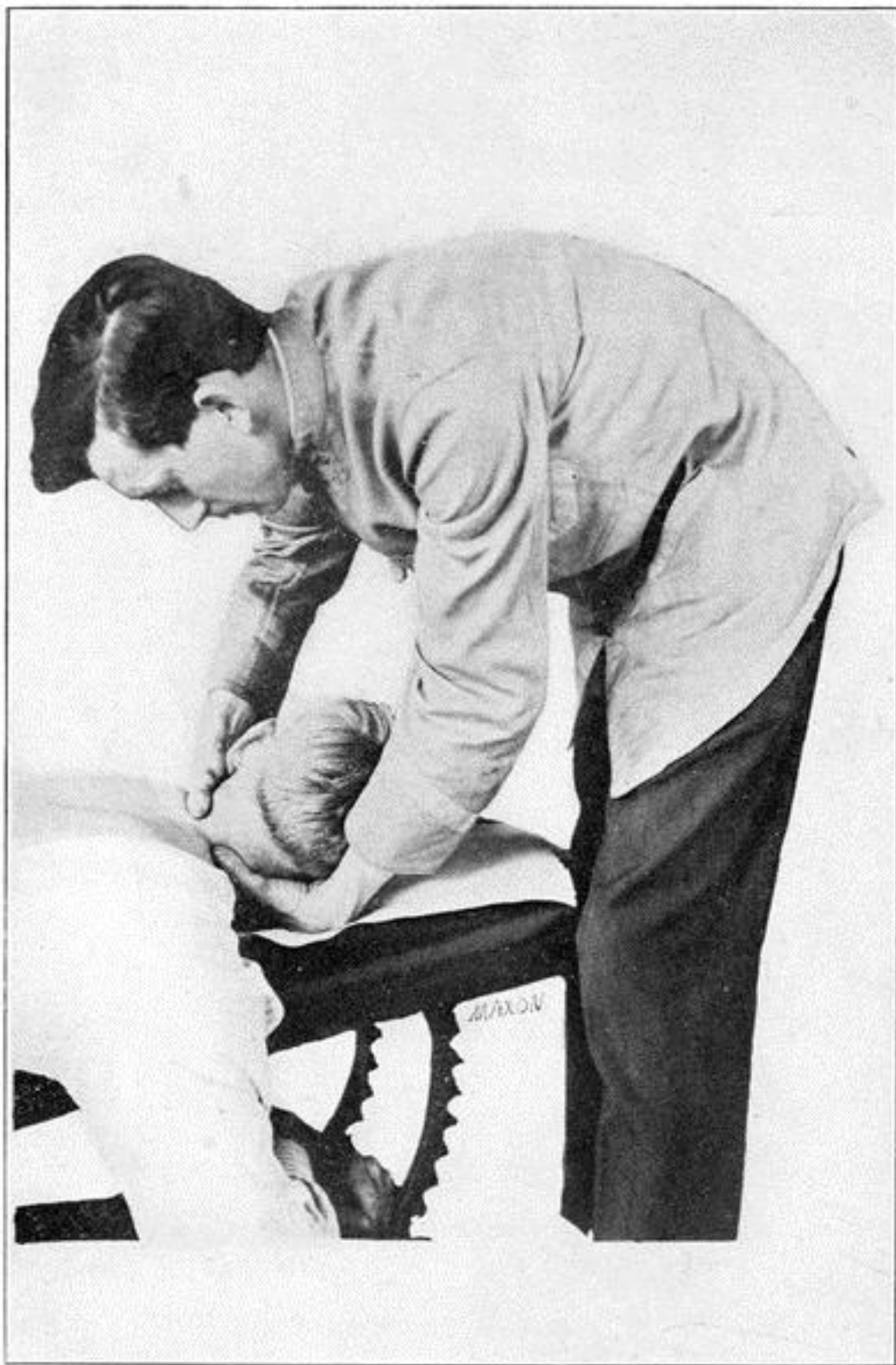


Рис. 15. “Якорный ход”, № 1. При подвывихе нижнечелюстной мышцы.

Положение

Пациента укладывают так же, как для дорсальной и поясничной коррекции, в положение В. Движение применяется при ротированных, задне-ротационных и передне-ротационных подвывихах, при этом лицо поворачивается в сторону, с которой должно быть произведено движение. Регулировщик, после пальпации определяющий перемещаемый позвонок и направление движения, становится во главе стола лицом к ногам пациента.

Контакты

Прижмите ладони обеих рук к шее сбоку, а большие пальцы вытяните под прямым углом к кистям, коснитесь обоими большими пальцами одного позвонка следующим образом:

Если позвонок необходимо повернуть влево от пациента, приложите большой палец правой руки к остистому отростку с левой стороны, а большой палец левой руки - к правому поперечному отростку сзади. Крепко надавите ладонями и пальцами каждой руки на верхние позвонки, охватывая шею и основание черепа так, чтобы все части были вместе.

Движение

Движение выполняется одновременно двумя руками, отводя остистый отросток вправо и поперек в переднем направлении. Голова должна быть поднята со скамьи и полностью поддерживаться руками, а голова поворачиваться вместе с позвоночником.

Использует

Мощное, сравнительно легкое движение, преимущество которого заключается в широкой применимости и в том, что пациенту не приходится менять позу, что затрудняет многие движения шейки матки.

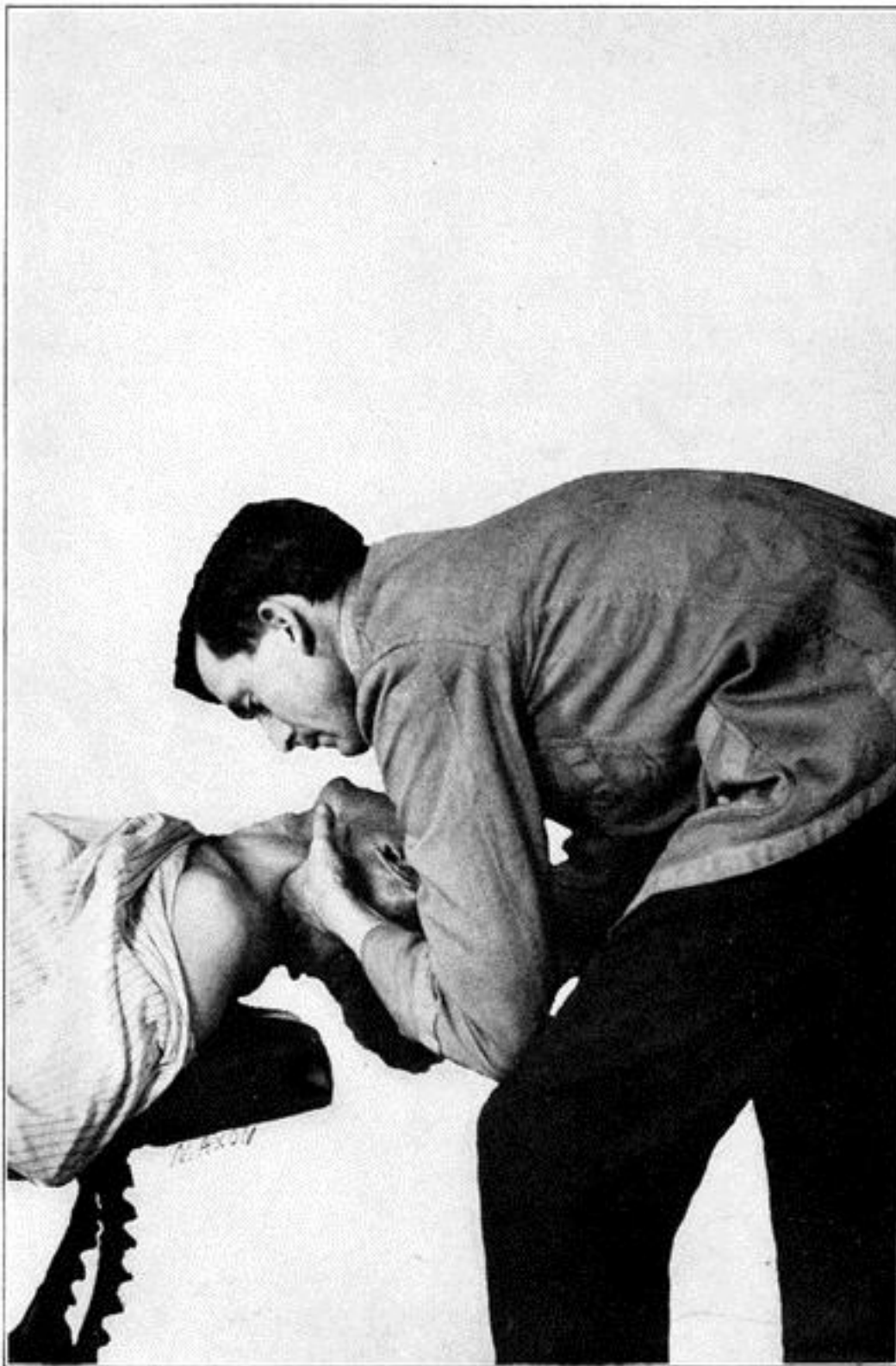


Рис. 16. Задний ход шейки матки.

ЯКОРНЫЙ ХОД № 2

Положение

То же, что и для № 1.

Контакты

Чтобы левый подвывих переместился вправо, поместите большой палец левой руки на правую сторону остистого отростка так, чтобы он зацепился за остистую мышцу в положении для вытягивания остистой мышцы. Приложите большой палец правой руки к концу левой поперечной как можно сильнее с передней стороны, чтобы он мог приложить *вытягивающее* усилие в заднем направлении.

Движение

Одновременное приложение силы большими пальцами приводит к вращению позвонка, как и № 1, но в отличие от № 1, имеет тенденцию выводить позвонок в заднем направлении вместо того, чтобы направлять его более кпереди.

Использует

Это движение применяется к повернутым шейкам матки, которые расположены спереди, больше с одной стороны, чем с другой.

ЗАДНИЙ ШЕЙНЫЙ ХОД

Использует

Для задней части шейки матки ниже Атланта. Благодаря этому движению можно избежать обычной и небрежной практики перемещения такого позвонка с помощью поворотного устройства или опасной практики использования отдачи и получить гораздо лучшие результаты.

Положение

Пациент в положении С, голова значительно выступает за пределы скамьи, чтобы обеспечить возможность запрокидывания головы назад. Пальпируйте как при вращении, так и удерживая пальпирующий палец на кончике остистого отростка заднего позвонка во время контакта.

Контакты

Точка контакта находится в середине лучевой поверхности первой фаланги указательного пальца и располагается напротив кончика остистого отростка, непосредственно между ним и полом, когда пациент лежит. Кисть руки удерживается жестко и ребристо, пальцы сведены вместе так, чтобы контактирующий палец хорошо опирался.

Завершающая Позиция

Свободной рукой удерживайте голову с помощью крючковой опоры, q. v. Слегка отверните подбородок пациента от регулирующей руки и опустите локоть регулирующей руки вниз до тех пор, пока прямая линия не сможет пройти через локоть, остистый отросток и подбородок пациента. Может быть полезно присесть и опереться локтем о колено для устойчивости. Затем

позвольте голове отклоняться назад до тех пор, пока не поднимется подбородок, а дальнейшее сгибание назад приведет к напряжению мышц. Вы готовы к движению.

Движение

Быстрое выбрасывающее движение вверх и внутрь или к подбородку пациента. Насколько это возможно, усилие должно стремиться проходить вдоль остистого отростка в направлении, точно предшествующем (тогдашней) плоскости позвонка.

Примечание: При выполнении этого движения можно использовать любую руку.



Рис. 17. Движение для коррекции бокового атланта, выступающая поперечная часть которого расположена кзади.

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ С ДВОЙНЫМ КОНТАКТОМ

Использует

Это показано при задне-ротационных или заднелатеральных подвывихах. Его силовая линия является биссектрисой угла между прямым передним и прямым боковым перемещением.

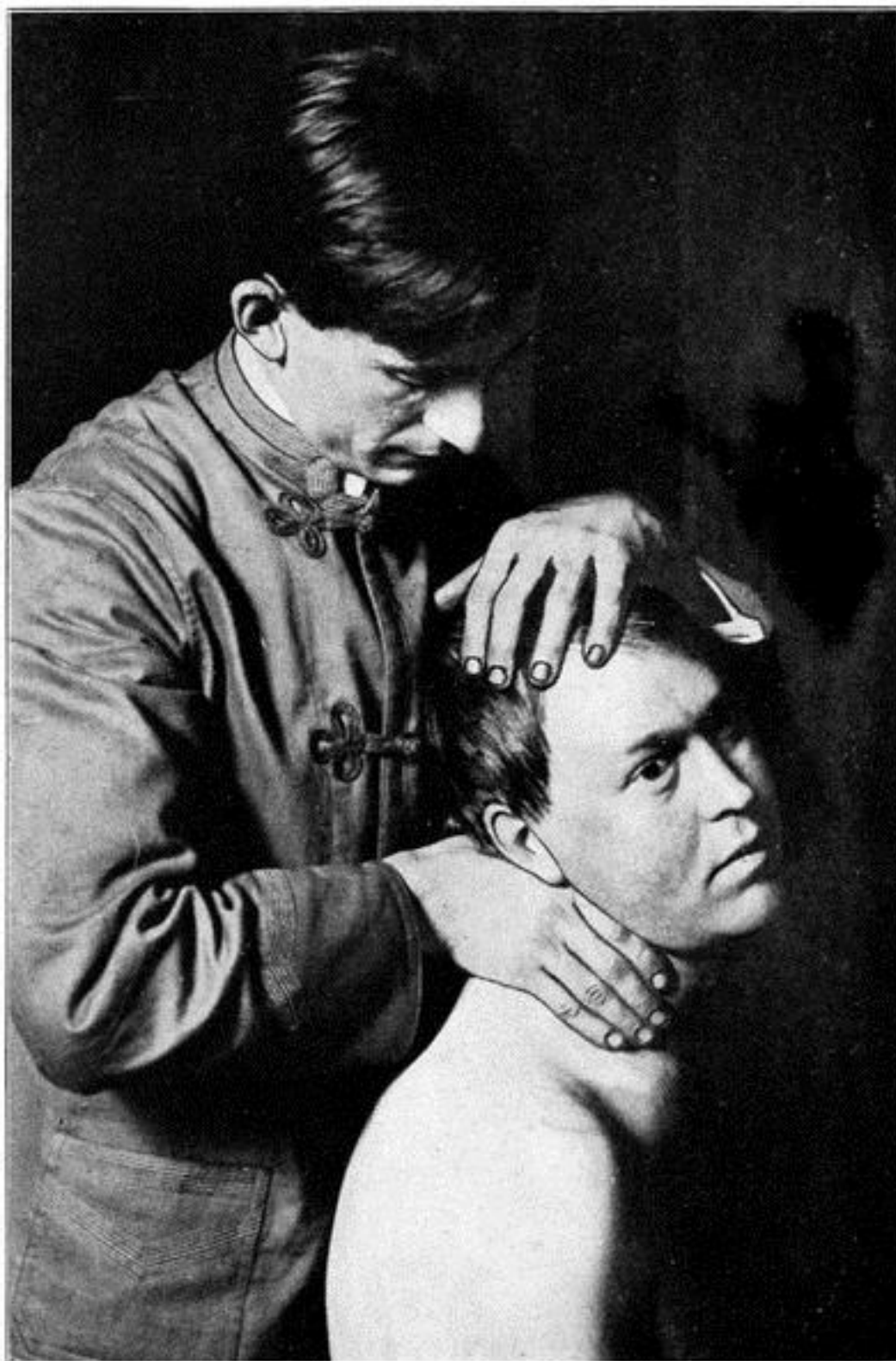


Рис. 18. Движение атланта при боковом смещении. Контакт: пястно-фаланговый сустав с выступающим поперечным концом.

Контакты

На первом пальце есть две точки соприкосновения, обе: одна (первая закрепленная) на лучевой стороне второй фаланги, а другая на лучевой стороне проксимальной фаланги. Первая точка контакта располагается напротив кончика острого отростка, другая - позади поперечного отростка.

Слегка надавите на два отростка пальцем, чтобы отчетливо ощутить их.

Завершающая Позиция

Удержите голову с помощью опоры-крючка и отверните лицо от регулирующей руки (правая рука для П.Р., левая для П. Л.). Опустите локоть низко и держите его на достаточном расстоянии от тела, чтобы между запястьем и предплечьем образовался тупой угол, направленный острием к вам. Будьте осторожны с этой точкой, так как существует тенденция поворачивать точку под углом к себе — слабая позиция.

Отклоняйте голову назад до тех пор, пока не почувствуете сильное сопротивление.

Движение

Усилие подается в переднебоковом направлении, как описано выше, *полностью* управляя рукой.

“Т. М.” № 1

Использует

Для подвывихов, перечисленных R или L, но не кзади и только на C6, C7, D1 и D2. Это движение прикладывает боковую силу к острому отростку, чтобы исправить *вращение* позвонка, но я повторяю, что оно не подходит для задних или заднебоковых подвывихов.

Положение

Пациент лежит в положении В для регулировки положения спины. Найдите подвывих, следуя записи и понимая, что подсчет, который считается правильным, позволяет подвывихам соответствовать зарегистрированным и что позвонок в этой области является R или L, R. A. или L. A., R. S. или L. S., R. I. или L. I. Латеральность острого отростка определяет следующий шаг.

При подвывихе справа поверните лицо *влево* и используйте *правую* руку для контакта с кистью. При подвывихе левой руки поверните лицо вправо и используйте левую руку для контакта с кистью.

Контакты

Большой палец контактной руки кладут сбоку от острого отростка так, чтобы он сильно давил. Большой палец вытянут почти под прямым углом к руке, которая лежит на плече пациента, при этом пальцы вытягиваются и захватывают ключицу. Будьте уверены в прочности своей позиции.

Затем положите другую руку на лоб пациента и надавливайте на голову назад или в сторону руки, с которой осуществляется контакт, до тех пор, пока шея не будет хорошо согнута и ткани не натянутся между теперь уже противоположными руками.



Рис. 19. "Т. М.", № 1.

Движение

Когда это напряженное состояние достигнуто, быстрое решительное движение *обеих* рук в противоположных направлениях, но главным образом той, которая лежит на голове, обеспечит легкое перемещение позвонка.

Этот прием - очень ценная адаптация старого грубого и другого опасного “Т.М.”, из которых № 2 ниже - еще один, больше похожий на оригинальный прием, но обладающий несколькими “защитными” функциями.

“Т. М.” № 2

Положение пациента

Пациент сидит прямо на плоском сиденье, обе ступни опираются на пол, как при пальпации.

Поднятие Рук

После тщательной пальпации и выбора позвонка, который необходимо отрегулировать таким образом, встаньте непосредственно позади пациента. Если позвонок подвывихнут справа, используйте правую руку для регулировки (или контакта), если слева, используйте левую руку. Держите руку так, чтобы большой палец находился под прямым углом к кисти, был напряжен и тверд. Приложите ладонную поверхность кончика большого пальца к кончику остистого отростка и плотно обхватите шею пальцами, которые тянутся от основания шеи к ключице. Другую руку легко кладут на макушку.

Положение головы

Принятие позы после контакта определяется двумя соображениями; необходимостью расслабления мышц шеи и такой поддержки позвонков над местом контакта, чтобы движение происходило только в точке контакта. Если мышцы шеи сокращены, движение почти всегда прерывается, и от него всегда следует отказываться, чтобы избежать перенапряжения.

Чтобы зафиксировать желаемое положение, попросите пациента расслабить мышцы и позволить вам расположить его голову так, как вам хочется. Если он попытается поместить его сам, необходимое мышечное сокращение с его стороны сведет на нет движение. Движения головой должны быть пассивными.

Правильно расположив большой палец и оставшуюся часть регулирующей руки, другой рукой обхватите голову следующим образом: сначала наклоните голову вперед на грудь, насколько это возможно, затем слегка поверните ее так, чтобы лицо было немного повернуто в сторону регулирующей руки. Затем сгибайте голову в стороны до тех пор, пока сопротивляющееся натяжение мышц не укажет на то, что они были туго натянуты. Хорошо бы во время третьего описанного движения позволить предплечью опуститься под прямым углом к кисти так, чтобы оно плотно прижималось к концам всех шейных поперечных мышц, распределяя усилие между ними.

Или, установив контактную руку, упритесь локтем под углом к основанию шеи и вытяните предплечье вверх вдоль боковой поверхности шеи. Затем сгибайте запястье до тех пор, пока рука не окажется на голове пациента, и выполняйте движения головой, как описано выше.



Рис. 20. "Т. М.", № 2. Обратите внимание на положение правой руки и кисти регулировщика.

Движение

Быстрое, одновременное движение обеих рук в противоположных направлениях, *две трети* из которых выполняются рукой, удерживающей голову. Большой палец, соприкасающийся с остистым отростком, слегка смещается внутрь по направлению к срединной линии, но его основное назначение заключается в том, чтобы очень крепко удерживать позвонок. С этой целью часть его силы направляется вперед, к плечу, и через подушечку большого пальца.

Неспособность правильно расположить голову или обеспечить достаточное сгибание шеи перед попыткой движения являются основными причинами неудач. Усилие должно прилагаться быстро и резко, и наилучшей регулировкой такого рода обычно является та, при которой голова и руки перемещаются на наименьшее расстояние.

Использует

Очевидно, что это движение полезно только для коррекции *вращения*, поскольку усилие направлено в сторону остистого отростка.

“Т. М.” изначально предназначался для коррекции шейки матки, но в настоящее время его наибольшее применение приходится на период с C6 по D2 включительно. Выше шестого его использование сомнительно из-за возможности перемещения более чем одного позвонка или какого-либо другого, кроме желаемого.

“ОТДАЧА”

(соприкосновение в форме писи)

Положение пациента

Это упражнение лучше всего выполнять на бифид-скамье того типа, который широко известен в данной профессии. Положите пациента на переднюю часть так, чтобы ее задний край располагался чуть ниже подмышечной впадины; в этом можно убедиться, подсунув руку под предплечье пациента после того, как он примет нужное положение, когда край скамьи должен ощущаться примерно на дюйм ниже свисающей руки. Бедра должны опираться на заднюю часть так, чтобы лобковый симфиз не касался скамьи. Преимущество полукруглого разреза на лобке заключается в том, что он позволяет избежать травм, не создавая необходимости в слишком большом промежутке между разрезами.

Таким образом, брюшная полость и нижняя часть грудной клетки подвешены между секциями. Под ними можно использовать брюшную опору, но она должна обладать высокой эластичностью и всегда располагаться ниже плоскости двух других секций, иначе это помешает идеальной регулировке.

Для вправления последних двух шейных позвонков или любого дорсального вплоть до шестого лучше всего повернуть голову пациента в направлении подвывиха. Это изгибает ту часть позвоночника в дугу, к выпуклой стороне которой двигаться легче, чем к вогнутой.

Руки пациента могут свободно лежать под столом или могут быть отведены назад и опираться на ягодицы ладонями вверх. В любом случае следует использовать ту позу, которая обеспечивает наилучшее расслабление.

Это движение можно использовать с рулоном. (См. [рис. 30](#) и [стр. 285.](#))



Рис. 21. После пальпации. Палец готов для направления контактной руки к остистому отростку.

Положение регулятора

Встаньте по обе стороны от пациента, расставив ноги для опоры и уравновешенности. Направление стоп и положение тела будут меняться в зависимости от направления регулировки в соответствии со следующими двумя правилами:

Правило 1. Для перемещения позвонка *в сторону* от той стороны, на которой вы стоите, расположите руки таким образом, чтобы гороховидная кость кисти, оба локтя и оба плечевых сустава (плечи свободно опущены вперед) находились в одной плоскости и соответствовали плоскости направления, в котором должен быть перемещен позвонок. Другими словами, пусть усилие прилагается по прямой линии от вашего тела *через* позвонок. Всегда перемещайте ноги в правильное положение, из которого можно направлять движение.

Правило 2. Чтобы переместить позвонок *в сторону*, на которой вы стоите, подойдите вплотную к телу пациента и упритесь одним коленом в регулировочный столик в наиболее удобной точке. Затем расположите руки так, чтобы точка соприкосновения, локти, плечи и средняя точка основания тела, между ступнями, находились в одной плоскости. Это обеспечивает равновесие во время и после выполнения движения и является положением, при котором может быть приложено наибольшее и наиболее тщательно выверенное усилие.

Будет видно, что желание всегда заключается в том, чтобы направить всю силу в одной плоскости и, таким образом, избежать конфликта сил и потери или неправильного направления из-за преобладания одной силы над другой, и использовать обе руки с равной легкостью в движении. Существует по меньшей мере сотня способов помешать этому движению, меняя предварительные позиции. И никто не может познать реальную эффективность хода, если не научился инстинктивно занимать позицию.

Использование рук

Описано использование рук для пальпации. (Стр. 46.)

Пальпирующая рука останавливается средним пальцем на остистом отростке подлежащего корректировке позвонка. Тыльная сторона кисти поднимается, указательный и безымянный пальцы загибаются назад, а пятка снова опускается. Теперь только средний палец представляет собой тонкий указатель, направляющийся к точке контакта.

Расположите гороховидную кость другой руки плотно к перемещаемому отростку. Кисть должна слегка выгибаться, гороховидная часть прижата к остистой, пальцы на кисти жесткие и согнутые, последний палец прочно зафиксирован или прижат к мякоти, чтобы предотвратить соскальзывание. (На рис. 22 показано это положение.)

Фиксирующие пальцы всегда должны располагаться в стороне от регулятора. Отведение пальцев назад через позвоночник при перемещении позвонка к себе всегда является ошибкой, и цена за это - частичная потеря возможности использовать одну руку.

Установив регулирующую руку надлежащим образом, крепко возьмитесь другой рукой за ее запястье так, чтобы запястье поддерживающей руки находилось во впадине между запястьем и пястной костью вытянутого большого пальца. Благодаря этому контакту сила передается

непосредственно через костную цепочку, проходящую через запястье, к гороховидной кости, не распространяясь. При захвате запястья вытяните большой палец вокруг предплечья в одном направлении, а четыре пальца - в другом. Остерегайтесь захвата только большим и безымянным пальцами, в этом случае ребро поддерживающей кисти будет упираться в тыльную сторону контактирующей кисти и слишком широко распределит прилагаемое усилие.

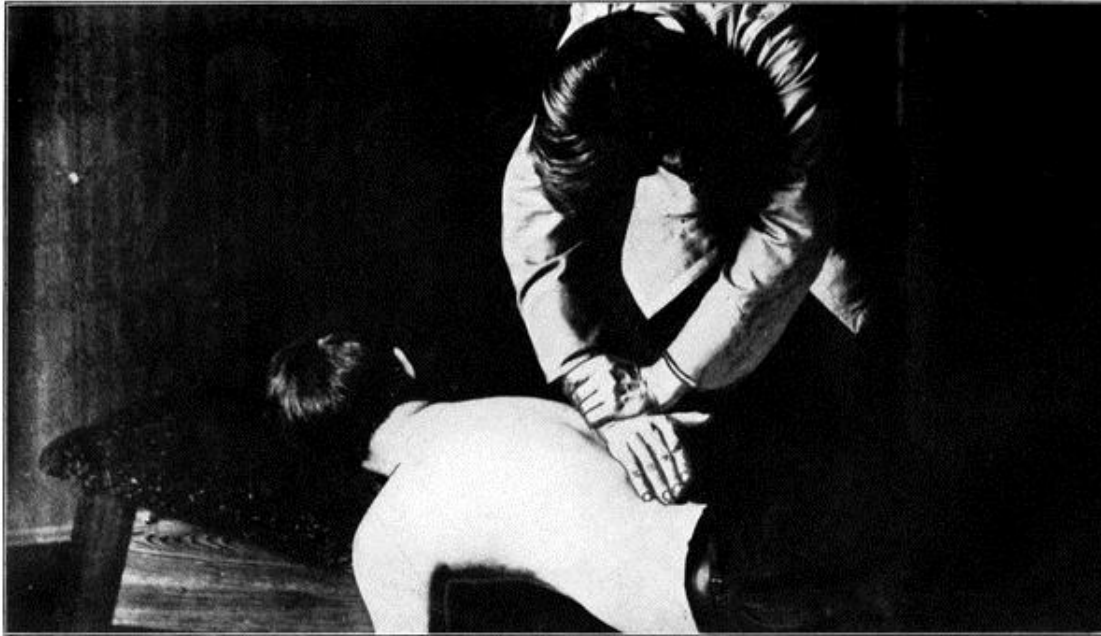


Рис. 22. “Отдача”. Готовность к движению.

Движение

Я сказал, но недостаточно подчеркнул эту команду, что плечи должны быть свободно опущены вперед. Позвольте мне добавить, что непосредственно перед выполнением движения голове следует позволить опуститься вниз, а мышцам расслабиться. Это движение, выполняемое с напряженными плечами и поднятой головой, становится *толчком*.

Желаемое движение - это *бросающее* движение.

Сила высвобождается из обоих плеч одновременно, концентрируется в одно и то же мгновение легким смещением локтей вперед и воздействует на остистые отростки как *единая* сила, которая является результатом встречи двух мышц на запястье контактирующей руки и их объединения там. Обе руки используют контактную кисть в качестве пассивного инструмента для приведения позвонка в движение.

Целевой точкой, расстоянием, на которое мысленно переносится движение в момент выполнения, должен быть центр масс позвонка, изменяющийся в зависимости от участка позвоночника.

Контактный пункт

Точная точка соприкосновения руки с позвонком различна. Если позвонок должен быть смещен вправо, то гороховидная форма упирается *в* (не *на*) левую сторону остистого отростка; если влево и ниже, то в правую сторону и чуть выше, в выемку между ним и следующим верхним отростком. Правило состоит в том, чтобы расположить руку так, чтобы остистый отросток находился между гороховидной формой и направлением, в котором задается движение.

Можно сказать, что на руке контакт меняется в зависимости от направления подвывиха и положения регулятора, чтобы описать круг вокруг ягодичной мышцы в ходе различных изменений положения, необходимых для использования этого движения. Не может быть большей ошибки, чем пытаться использовать всегда одну и ту же лицевую сторону писеобразного отростка и приспосабливать положение кистей к этой цели, когда любая сторона или аспект маленькой кости одинаково хороши с любой другой.

Какая Рука Использовала

Стоя справа от пациента, используйте левую руку для пальпации кисти и правую руку для контакта с позвонком, снова используя левую руку для захвата и усиления контактной кисти. Исключением из этого правила является дополнительная смена рук с помощью C 6 или 7, D 1, L 4 или 5 и Крестца. Необходимость изменения вызвана ненадежностью обычного положения или тем фактом, что оно сводит судорогой запястье контактирующей руки. Чтобы внести изменения: пальпируйте как обычно, удерживайте подвывих вторым пальцем пальпирующей руки, подставьте второй палец другой руки и отведите пальпирующую руку, которая затем свободна для контакта.

Стоя на левом боку, используйте руки в точности в обратном направлении. Пальпируйте той же рукой, которой вы бы пользовались, если бы пациент сидел. Не вводите ненужных движений в расстановку рук. Будет обнаружено, что это дает лучшие результаты, чем любая другая техника для этой части движения.

Применение силы

При использовании этого движения, возможно, лучше всего прикладывать почти равную силу обеими руками; безусловно, любые усилия, прилагаемые руками, должны быть одновременными. Однако можно позволить одной руке преобладать в движении без ущерба для его эффективности, но наладчику-любителю поначалу будет полезно сбалансировать свои силы.

Скорость и концентрация

Скорость - это главное. С его помощью можно задействовать самое обычное количество мышечной силы для выполнения большого объема работы и выполнить очень сложные корректировки.

Концентрация ума в момент настройки, чтобы обеспечить мышечный контроль и совершенную координацию двух рук, а также направлять и концентрировать силы, используемые в данной и строго ограниченной области, также важна.

Использует

Для обычной коррекции дорсальных или поясничных подвывихов, за исключением четырех средних дорсальных суставов, для снятия анкилозов путем многократного приложения силы и для преодоления мышечного сопротивления у пациентов, которые вообще не могут расслабиться, эта форма или стиль коррекции, вероятно, является лучшей. Это наиболее полезно для спины. Во многих случаях поясничные позвонки будут двигаться лучше, если приложить немного меньшее усилие, особенно если используется перекачивание. Отдачу можно использовать при броске.

Хотя таким образом можно легко сдвинуть любую шейку матки, не внося никаких изменений в технику, за исключением использования локтевой стороны пятой пястной кости для контакта вместо писеобразной, в большинстве случаев выше шестой это нецелесообразно, а в некоторых случаях абсолютно непростительно. Шок для нервной системы и опасность смещения двух или более позвонков или подвывиха нормального слишком велики. По крайней мере, в одном случае гемиплегия немедленно последовала за использованием этого движения вокруг Оси, а частыми последствиями являются головные боли и нервное истощение.

По этим причинам, вероятно, лучше никогда не использовать “Отдачу” выше шестой шейки матки. Для каждой формы подвывиха существует более простой и безопасный способ коррекции.

Имя

Это было названо “Отдачей” из-за веры в то, что если к позвонку приложить силу в виде очень быстро передаваемого удара, позвонок отскочит от удара и займет свое нормальное положение, разум внутри тела использует силу, таким образом, применяемую вслепую, чтобы добиться этого результата.

Это убеждение ошибочно. Сначала позвонок и все окружающие ткани деформируются, чтобы соответствовать своему *ненормальному* положению и соотношению, и такая форма придает им тенденцию, при быстром ослаблении, принимать прежнее ненормальное положение. Во-вторых, не существует такого сознательного интеллекта, который мог бы заменить подвывихнутый позвонок. Если бы это предположение было верным, то Врожденному Интеллекту не мешало бы использовать те толчки, которые обычно *вызывают* подвывих, чтобы привести позвоночник в норму и поддерживать идеальное положение позвоночника.

Такого внутреннего отскока, как указано выше, нет. Главная ценность движения заключается в его скорости, согласно принципам, одинаково применимым к другим движениям, и в соответствии с Законом импульса.

Источники информации

Этот механизм, описанный выше, содержит множество важных принципов, которым следуют Паркер и Палмер, разработчики “Отдачи”, но техника значительно изменена в соответствии с собственными взглядами автора. Следовательно, нельзя утверждать, что это “Отдача”, как теперь преподает Палмер, поскольку основное внимание здесь уделяется движению позвонка в

заранее определенном направлении, а не отведению рук, чтобы позволить “Врожденному” выполнять работу. Название “Отдача” действительно не подходит для описанного хода.

КОНТАКТ С ПЯТКОЙ

Движение для коррекции заднего, задне-верхнего или задне-нижнего подвывихов в дорсальной области (кроме четырех средних) и в поясничном отделе. Может также использоваться для лечения заднебоковых суставов, когда латеральность очень незначительна. Назначается пациенту в положении В. Точка контакта, тыльная сторона кисти с остистым отростком.

Контакт с пяткой

Под “тыльной стороной кисти” здесь подразумевается углубление между ладьевидной и гороховидной костями. Это углубление образует естественную приемную часть для остистого отростка и, таким образом, предотвращает боковое скольжение.

Четыре пальца регулирующей руки растопырены и зафиксированы на теле пациента. Запястье удерживается под прямым углом к кисти, рука выпрямлена, локоть вытянут до тех пор, пока он не “зафиксируется”, то есть пока он не перестанет двигаться дальше. Другой рукой обхватите запястье регулировочной кисти.

Регулировочная Рука

Правило состоит в том, чтобы использовать правую руку для регулировки кисти, если пациент стоит справа и пальпирует левой рукой, или использовать левую руку, если он лежит с левой стороны и пальпирует правой. Пальцы должны быть направлены к стопам пациента. Исключение из этого правила сделано с двумя последними поясничными отделами, где удобнее менять руки и направлять пальцы к голове.



Рис. 23. "Контакт пятки".

Движение

Это делается почти полностью с помощью регулирующей руки, то есть с помощью руки, кисть которой соприкасается с позвонком. Поддерживающая рука служит просто для направления усилия в определенную точку, как если бы прямой стержень проходил через неподвижный круг. Действительно, усилие в этом движении передается почти прямо вниз от плеча. Плечо должно быть выдвинуто из впадины, чтобы обеспечить надежную игру при резком движении вниз, не отрывая руку от соприкосновения с ним. Если плечо напряжено или головка плечевой кости остается в суставной впадине, движение не может быть выполнено должным образом без поднятия руки. Движение быстрое, резкое и *глубокое*, т. е. направленное к центру массы позвонка.

Она может быть направлена прямо к полу, чтобы скорректировать положение кзади, слегка наклонена к голове или стопам, чтобы скорректировать приближение, или — как некоторые в среднем — слегка вбок, чтобы скорректировать умеренную степень поворота.

ГОРОХОВИДНЫЙ ДВОЙНОЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ № 1

Регулировка, которая должна использоваться только в дорсальных суставах с четвертого по девятый включительно, при задних или задне-ротационных подвывихах. Вероятно, лучше всего использовать это движение только при прямых задних подвывихах и для вращательных перемещений в этой области применять либо однопальцевое, либо Двупальцевое Поперечное движение двумя пальцами.

Контакты

Обе гороховидные кости, каждая *на* поперечном отростке и обе *на одном* позвонке.

Когда пациент находится в положении В, а регулировщик стоит слева от него, контакт следует осуществлять следующим точным методом. Пальпируйте правой рукой, которая ложится на остистый отросток подвывихнутого позвонка. Обратите внимание, будет ли это Р. R. или Р. L., потому что этот факт будет определять следующее движение. Пусть первый палец пальпирующей руки вытянется наружу примерно на один дюйм и вверх до точки, противоположной кончику следующего верхнего остистого отростка, эта точка приблизительно соответствует положению поперечного отростка. Сначала это делается на *задней* поперечной стороне, которая будет правой с левым подвывихом или левой с правым. Пусть второй и третий пальцы, оставив теперь остистый, последуют за первым и остановятся над предполагаемым положением поперечного.

Теперь проведите пальпацию глубокими, ограниченными массирующими движениями до тех пор, пока под средним пальцем не почувствуется булавовидный выступ поперечного пальца. Удерживайте эту точку средним пальцем, отводя два других, и направьте свободную руку для точного контакта поперечным. Таким образом, если стоять слева, как указано выше, то *левая* рука первой войдет в контакт с самой задней поперечной, с которой необходим наиболее *точный* контакт.

Расположив лодыжку, вытяните пальцы в сторону от тела; если на противоположной от вас стороне позвоночника, вытяните их вниз, чтобы они повторяли изгиб ребра и опирались на

ребро, соединенное с поперечным местом контакта; если на той же стороне, вытяните пальцы вниз параллельно столбу.



Рис. 24. Двойная поперечная регулировка формы тела, как это должно быть указано, локти зафиксированы.

Теперь — все еще используя исходную пальпирующую руку — пальпируйте с другой стороны от первого контакта, пока не будет обнаружен другой поперечный. Отметьте его кончик быстрым, глубоким надавливанием и резким отведением пальцев, чтобы на мгновение появилось пятно анемии. Осторожно соприкосните запястную форму пальпирующей руки, ориентируясь на анемичное место. Если этот второй контакт будет с той стороны, на которой вы стоите, пальцы будут направлены к голове; если с противоположной стороны, они будут следовать изгибу ребер наружу и вниз.

Внимательно перечитайте приведенные выше инструкции. Вы увидите, что технология полностью свободна от ненужных движений.

Теперь обе руки расположены почти точно под прямым углом друг к другу, согнутые пальцы зафиксированы, чтобы предотвратить скольжение.

Если вы стоите справа от пациента, использование рук, конечно, происходит в точности наоборот, левая рука выполняет пальпацию и устанавливает первый контакт.

Завершающая Позиция

Когда руки находятся в нужном положении, а регулировщик стоит так, чтобы смотреть прямо поперек позвоночника, руки поворачиваются наружу до тех пор, пока локти не "сцепятся". Регулировщик наклоняется так, чтобы плечи находились прямо над позвоночником, отводит корпус назад от плечевого пояса, чтобы обеспечить максимальную свободу движений в плечевых суставах, и свободно опускает голову между плеч, чтобы расслабить трапецевидные мышцы и предотвратить любое ограничение усилия.

Движение

Прямо вниз от плеч через прямые, напряженные руки. Усилие прикладывается двумя руками отдельно и в то же время одновременно. Если позвонок прямой кзади, с двух сторон должно быть приложено равное усилие; если он расположен кзади и слегка повернут (P. R. или P. L.), наибольшее усилие должно быть приложено к более заднему поперечному.

Для правильного использования этого движения требуется значительная практика и расслабленность плеч. Вызывает сожаление тот факт, что немногие регулировщики действительно используют его правильно, большинство из них создают *тягу* вместо передаваемого удара.

ГОРОХОВИДНЫЙ ДВОЙНОЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ № 2

Эта модификация pisiform double crossing move описана здесь скорее из-за ее популярности, чем потому, что автор хочет ее рекомендовать. Поза такая же, как и для № 1, и применение такое же, за исключением того, что она имеет тенденцию исправлять задне-нижние подвывихи и совсем не приспособлена для использования с вышестоящими.

Контакты

Обе щипцеобразные формы ниже двух поперечин (хвостатых). После пальпации, которая выявляет заднюю поперечную область, руки располагаются следующим образом: Пальпирующая рука всегда лежит на стороне позвоночника рядом с оператором;

противоположная рука пересекает позвоночник. Оба пальца наклонены вверх так, что они направлены к голове, а оси кистей слегка расходятся вверх. Запястья, таким образом, скрещиваются таким образом, чтобы предплечья были несколько согнуты на руках и отклонены от запястий под тупым углом. Это при контакте *ниже* поперечных позвонков делает невозможным удержание позвонка в направлении вверх (над головой) при выполнении движения.



Рис. 25. Двойной поперечный захват двумя пальцами.

Движение

Сравнительно медленное толкающее движение, которое приводит к пружинению позвоночника. Достоинство этого метода заключается в его сравнительной безболезненности. Его техника непривлекательна.

ДВА ПАЛЬЦА ДВОЙНЫЕ ПОПЕРЕЧНЫЕ

Движение для задних или задне-вращательных перемещений от четвертой до девятой дорсальной мышцы включительно. Оно служит той же цели, что и двойное поперечное движение по форме лодыжки, но менее болезненно и часто легче выполняется. Ладонная поверхность пальцев и мякоть спины пациента образуют составную подушку, которая действует как амортизатор.

Пальпация—Контакт

Обычное скользящее движение левой руки вниз, если вы стоите справа, или правой руки, если вы стоите слева, послужит для обнаружения позвонка, указанного для регулировки.

Скользкая рука останавливается, указывая вторым пальцем на остистый отросток. Первый палец тянется вверх и наружу к предполагаемому расположению поперечины на стороне, ближайшей к регулятору; затем второй палец тянется к аналогичной точке на другой стороне, оба пальца направлены в сторону головы пациента. Теперь пальцы немного перекатываем, чтобы убедиться, что они соприкасаются с концами поперечных, причем подходящей точкой соприкосновения является ладонная поверхность кончика каждого пальца. Пятка контактной руки опирается рядом, но не на поверхность тела над средней линией позвоночника.

Поддерживающая Рука

Локтевой край свободной руки теперь кладется поперек кончиков двух соприкасающихся пальцев так, чтобы он располагался прямо над концами поперечных мышц, но был отделен от них кончиками пальцев. Затем плечо выпрямляется, а локоть отводится до тех пор, пока он не зафиксирован так, чтобы рука образовывала прямую линию прямо над поперечными сгибами. Корпус отводится от плечевого пояса, вытягивая головку плечевой кости из суставной впадины как можно дальше, чтобы обеспечить свободную игру, поскольку вся сила должна передаваться этой прямой рукой.

Движение

Если подвывих является прямым кзади, усилие направляется прямо вниз таким образом, чтобы равномерно распределиться по двум точкам контакта. Если это задне-поворотный, большая часть усилия направляется на более выступающую (заднюю) поперечную. Усилие должно прилагаться быстро, учитывая принцип передаваемого удара.

Вопреки общему мнению, с помощью этого движения можно развить столько силы, сколько необходимо для любой обычной регулировки. Тот факт, что его часто рекомендуют для использования с детьми или с чувствительными или немощными пациентами, привел к убеждению, что это относительно неэффективный прием, тогда как его ценность в таких случаях заключается только в том, что он причиняет меньше боли, чем некоторые другие.

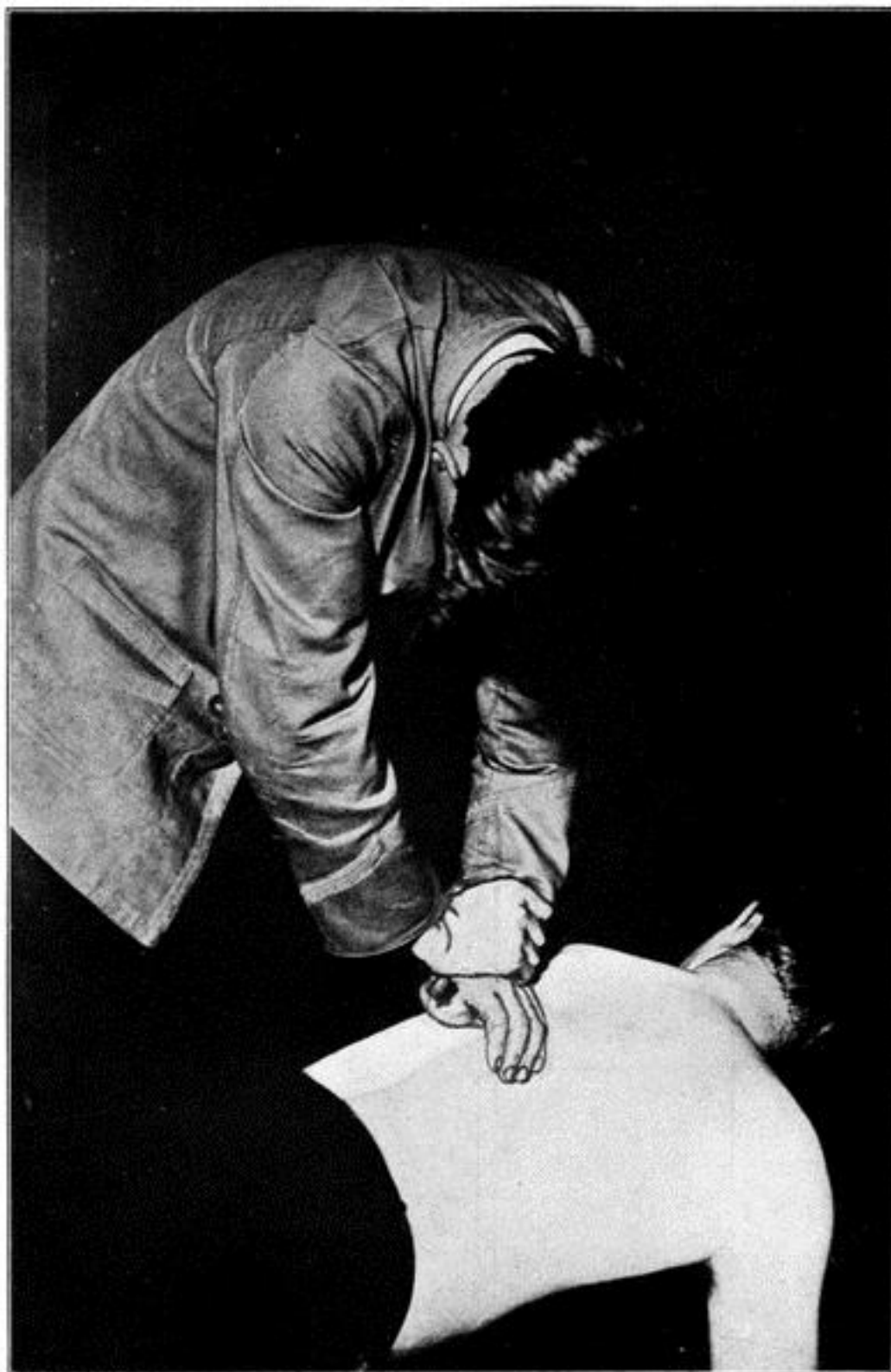


Рис. 26. Одиночный поперечный ход в форме рыбы, № 1.

ПИСЕОБРАЗНЫЙ ОДИНОЧНЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ ХОД № 1

Как и только что описанное движение, эта регулировка может использоваться в дорсальных суставах с четвертого по девятый включительно. Она должна быть ограничена теми подвывихами, которые поворачиваются без смещения кзади. В таком случае остистый отросток *кажется* смещенным вбок, не будучи смещенным кзади, или может казаться слегка *передним*, потому что он описывает дугу вокруг фиксированного центра вращения в теле позвонка. Один поперечный отросток появляется спереди, а другой сзади от линии своих собратьев.

Пальпация

Пальпируйте отдачу и используйте ту же регулирующую руку, что и при этом движении, то есть правую руку, если стоите на правом боку и пальпируете левой, или левую руку, если стоите слева и пальпируете правой. Когда пальпирующие пальцы обнаруживают подвывих остистого отростка, первый палец ищет точку на уровне кончика следующего верхнего остистого отростка и примерно на дюйм в сторону, на которой находится *задний* (выступающий) поперечный отросток. Второй и третий пальцы следуют за ним и, погружаясь внутрь перекатывающими или массажными движениями, обнаруживают конец поперечного.

Контакты

Теперь регулировочная рука помещается так, чтобы ее мышцевидная часть опиралась непосредственно *на* тупой конец поперечины. Если контакт с регулятором происходит на одной стороне позвоночника, пальцы регулирующей руки проходят поперек позвоночника и фиксируются с другой стороны, рука резко выгибается, а пальцы несколько вытягиваются вниз. Если контакт происходит на противоположной стороне позвоночника, пальцы повторяют изгиб ребер вниз и наружу и аналогичным образом фиксируются. В любом случае пальцы должны отходить от тела регулировщика, но ни в коем случае не к нему. Нарушение этого правила делает одну руку практически бесполезной из-за ее положения.

На этом этапе пальпирующая рука становится усиливающей, чтобы схватить запястье другого и помочь в движении.

Движение

Усилие направляется в прямом переднем направлении, быстро и решительно, как если бы в качестве рычага использовался остистый отросток. Помните, что контакт всегда должен осуществляться с *задней* поперечиной. Чтобы сдвинуть этот передний позвонок, нужно повернуть его вокруг вертикальной оси и подвести остистый отросток к срединной линии, в то время как противоположный и более передний поперечный становится более задним, как и должно быть.

ГОРОХОВИДНЫЙ ОДИНОЧНЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ № 2

Использует

Для повернутых первой или второй дорсальных костей, при которых по какой-либо причине “Т.М.” выходит из строя. Это движение предполагает использование головки в качестве рычага, как и “Т. М.” № 2. Нецелесообразно, если только не можно прощупать заднюю поперечную часть повернутого позвонка, но часто используется с пренебрежением к этой детали теми

высококвалифицированными настройщиками, которым не нужно находить позвонок перед его перемещением.

Пальпация—Контакт

Пальпируйте, как для № 1 выше. Потребуется очень глубокая пальпация, потому что остистый отросток здесь расположен почти горизонтально телу, а поперечный расположен очень глубоко и покрыт тяжелыми мышцами.

Когда отросток обнаружен, положите на него гороховидную кость свободной руки, максимально оттягивая мышцы в сторону, чтобы избежать ушиба, и переноса значительный вес тела на руку, с которой контактируете. Пальцы контактной руки могут располагаться поперек позвоночника или вниз и быть параллельны позвоночнику. Или руки могут быть изменены таким образом, чтобы пальпирующая рука стала контактной и располагалась со сжатыми пальцами над основанием шеи по направлению к ключице.

Рычаг управления головой

Теперь свободную руку кладут на лоб, а голову, обращенную к контактирующей руке, отклоняют назад до тех пор, пока мышцы не станут казаться напряженными.

Движение

Это быстрое, но довольно мягкое движение обеих рук вместе, так что голова отклоняется еще дальше назад в тот момент, когда к выступающей поперечной мышце прикладывается направленное спереди усилие. Результатом является вращение позвонка — если только шейный отдел шейки матки не ослаблен и не прогибается под действием силы, приложенной к головке.

КОНТАКТ С КРАЕМ

(“Контакт в точке 2” — “Движение ножа”)

Имя

Это движение имеет разные названия. Название “Точка контакта 2” сохранилось с тех времен, когда Палмер использовал три точки контакта и три хода и обозначал середину локтевой стороны пятой пястной кости как “Точку 2”. Название “Краевой контакт” было применено позже, во время усовершенствования его техники, когда зацепление больших пальцев усилило его эффективность и сделало его очень ценным. С тех пор он был открыт заново (хотя и постоянно используется) и переименован в “Движение ножом”.

Использует

Движение, в котором остистый отросток используется в качестве рычага и применимо к D 2, 3 или 4, а также к любому спинному или поясничному отделу от D 8 вниз, когда он задний, задне-верхний или задне-нижний. Это не корректирует вращение, за исключением случаев, когда форма суставных отростков может способствовать движению, направленному вперед, при вращении позвонка.

Некоторые хиропрактики использовали краевой контакт на шейке матки, но это всегда неправильно, поскольку практически в некоторых случаях невозможно, а во всех случаях трудно охватить только один остистый отросток, когда голова лежит на боку.

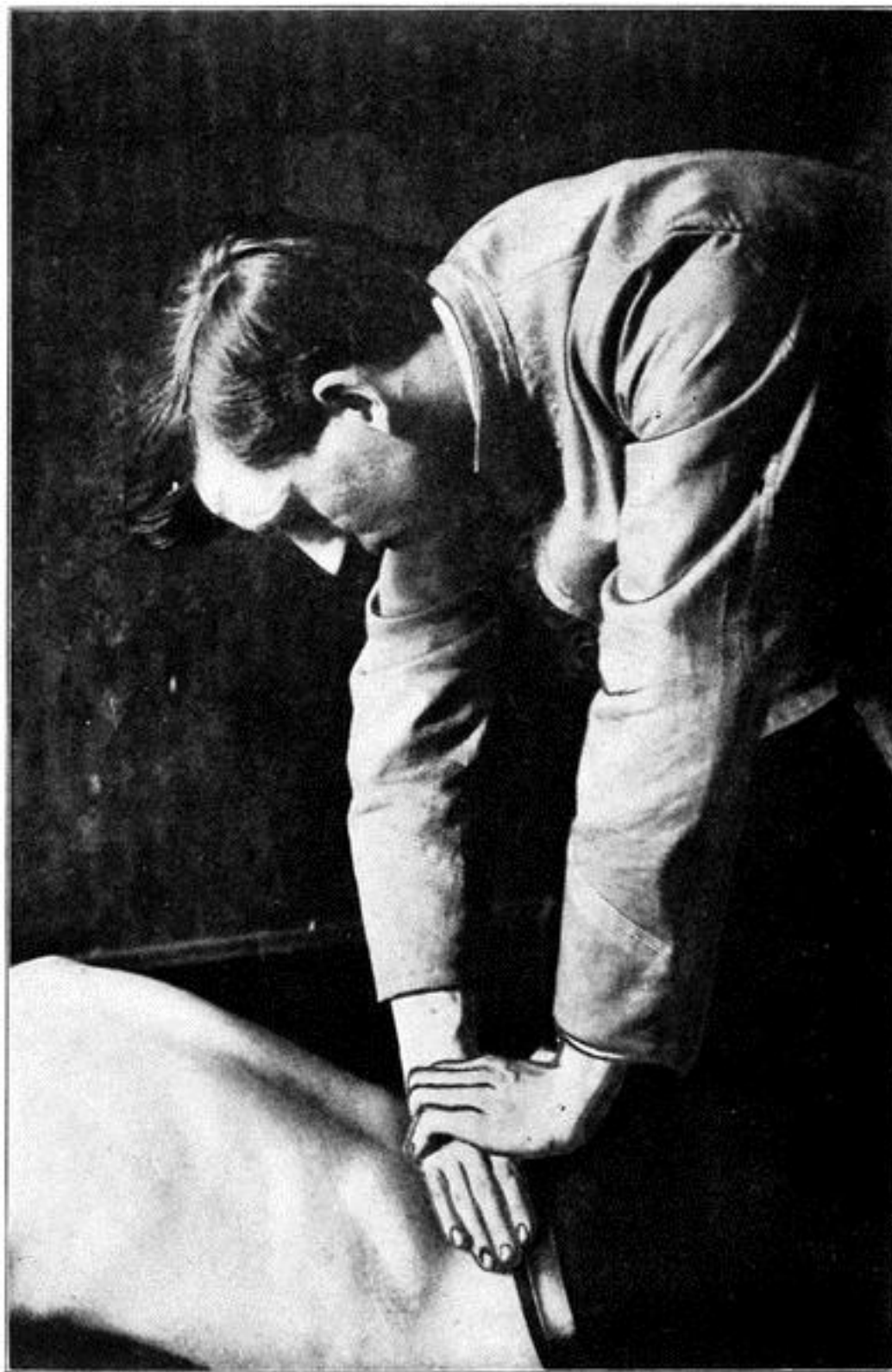


Рис. 27. Контакт ребер в поясничной области.

Пальпация

То же, что для отдачи или контакта пяткой, q. v.

Контакты

Используя ту же регулирующую руку, что и для контакта с пяткой, установите середину локтевого края пятой пястной кости в контакт с остистым отростком. Если позвонок находится выше, положите ребро ладони *выше*, если ниже, положите руку *ниже*. Этот контакт особенно хорош для S или I позвонков.

Положение кистей и предплечий

Пальцы регулирующей руки пересекают позвоночник под прямым углом к его длинной оси. Тыльная сторона ладони должна быть обращена к голове пациента, за исключением регулировки последних двух поясничных мышц, при которой смена рук становится необходимой из-за наклона нижней половины поясничного изгиба вверх.

Теперь пальпирующая рука сжимает регулирующую руку так, чтобы пальцы верхней руки, сведенные близко друг к другу, прижимались к нижней и укрепляли ее на тыльной стороне и чуть выше точки контакта. Большие пальцы соедините вместе, как показано на рис. 27, чтобы руки были напряжены и не имели тенденции перекатываться.

Локти вытянуты и зафиксированы, как при Двойном поперечном движении в форме Писи, и оба плеча расслаблены.

Движение

Это в основном делается верхней рукой, используя верхнюю руку для приведения в движение нижней. Усилие следует прилагать быстро, когда пациент расслаблен. Направление усилия должно определяться направлением подвывиха и наклоном остистого отростка. Таким образом, когда пациент лежит ничком на раздвоенной скамье и покачивается вниз при слабой поддержке живота, остистые отростки нижней части спины составляют острый угол с плоскостью пола. Если один из них находится выше, контакт над ним и усилие, направленное прямо к полу, будут способствовать исправлению подвывиха. Для каждого подвывиха, который можно исправить этим приемом, угол силы немного отличается.

Это движение менее болезненно, чем контакт с горошиной, и часто может быть использовано с пользой, особенно в поясничной области.

ПОЯСНИЧНЫЙ ОДИНОЧНЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ

Для коррекции повернутого поясничного отдела. Лучше всего использовать на втором и третьем. Никогда не следует пытаться выполнять это движение, если нельзя пальпировать поперечный отросток. Поясничные поперечины иногда короткие или хрупкие, и, если их нельзя отчетливо прощупать, не следует прикладывать силу там, где они, как *полагают* находятся.

Контакты

Гороховидная кость с задней поперечной.



Рис. 28. Одиночное поперечное движение поясницы.

Пальпация и постановка рук

При пальпации, как при выполнении других движений, сделайте паузу, указывая вторым пальцем пальпирующей руки на остистый отросток подлежащего перемещению позвонка. Обратите внимание, что если остистый отросток находится справа от срединной линии, то левая поперечная линия будет задней, если слева, то правая поперечная.

В этом случае можно обнаружить поперечную линию, как на спинной кости; она должна располагаться ровно с промежутком над остистым отростком, глубоко перекрытая сильными мышцами. Когда глубоким прощупывающим движением пальцев будет обнаружен поперечный бугор, поместите регулирующую руку в форме писеобразного отростка на поперечный, близко к остистому отростку для большей прочности, и пальцы вытяните вниз и наружу от средней линии позвоночника параллельно изгибу нижнего ребра.

Если регулировщик стоит на стороне пациента, противоположной перемещаемой поперечной, рука, противоположная пальпирующей руке, становится контактной, как и при других перемещениях. Но если задняя поперечная часть находится на одной стороне с регулятором, производится смена рук, и пальпирующая рука становится контактной. Для выполнения этого регулировщик должен повернуться лицом в сторону от пациента, вытянув руку прямо вниз, к месту контакта. После установления контакта оставшаяся рука усиливает регулирующую руку, захватывая запястье.

Движение

При соприкосновении надавливайте вниз, глубоко и сильно, чтобы раздвинуть мышцы и расположить писеобразную форму прямо *на* поперечной. Движение выполняется после того, как тело пациента наклонено вниз на значительное расстояние, и является резким и решительным, направленным прямо к полу.

ДВОЙНОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ ДВИЖЕНИЕ В ПОЯСНИЦЕ

Движение, иногда применяемое к заднему или задне-поворотному отделу поясницы.

Пальпация и контакт

Начиная с остистой, найдите сначала более заднюю поперечную и вступите в контакт с ней, поскольку большая часть усилия должна быть направлена именно туда. Встаньте лицом к голове пациента и положите правую руку на правую поперечную, а левую - на левую.

Точкой соприкосновения при этом движении является бугристость ладьевидной кости с задней поперечной поверхностью. Пальцы отклоняются от срединной линии, чтобы избежать изгиба ребер.

Движение

После сильного, постоянного надавливания вниз усилие наносится быстрым бросковым движением, большая часть усилия приходится на заднюю сторону.

ДВИЖЕНИЕ “РАСПРОСТРАНЕНИЕ”

Исходя из теории, что когда одновременно прилагаются две силы, одна для приведения в движение какого-либо головного позвонка (за счет его остистого отростка), а другая для приведения в движение какого-либо нижнего хвостового позвонка, промежуточные позвонки имеют тенденцию, если они расположены спереди, быть вытянутыми наружу или в более заднее положение, это движение обосновано.

Автор не верит, что это достигает своей цели, но кратко опишет ее для тех, кто верит.

Положение

Пациента укладывают на валик, который ложится под бедра, чтобы сгибать бедра и таз в поясничном отделе позвоночника, или наклоняют регулируемый стол так, чтобы обе секции были наклонены вниз от середины, для достижения того же результата.

Контакты

Обычный метод, если только один позвонок находится спереди, состоит в том, чтобы установить контакт с позвонками, непосредственно прилегающими друг к другу, скрестив руки так, чтобы пальцы верхней руки были направлены к голове, а нижней - к крестцу. Но некоторые регулировщики используют это движение по-другому, устанавливая контакт с крестцом и со средней частью спины в целом и применяя медленное усилие обеими руками. Соприкосновение осуществляется тыльной стороной ладони с остистым отростком.

САКРАЛЬНЫЕ НАСТРОЙКИ

Регулировка относительно неподвижного крестца в лучшем случае затруднительна и требует очень значительного усилия, прилагаемого с большой силой. Вполне вероятно, что девять десятых всех попыток переместить сакра терпят неудачу. У детей, когда крестец неправильно сочленяется с подвздошной костью, и у взрослых, у которых крестец был ослаблен в результате травмы и остается в ненормальном отношении к окружающим структурам, его можно перемещать.

Крестец описывается как расположенный сзади у основания или на вершине, а его осью для вращения, как полагают, является поперечная линия, проходящая через крестцово-подвздошные сочленения. Усилие для его регулировки прикладывается под прямым углом к изгибу крестца в точке соприкосновения. Наилучший контакт достигается упором тыльной стороны ладони в часть крестца, при этом запястье регулирующей руки захватывается и усиливается другой рукой. Если пациент стоит слева, правая рука становится регулировочной для крестца, как и для двух последних поясничных отделов, если справа, то левой рукой.

Другой контакт осуществляется с гороховидной формой и прилегающей мягкой частью кисти на основании крестца, при этом гороховидная форма зацепляется за первый крестцовый остистый отросток.

Не принимайте переднюю пятую часть поясницы за заднее основание крестца. Различайте подвывихи подвздошной кости и крестца, отмечая, что при последнем оба крестцово-подвздошных сочленения, а при первом только одно кажется ненормальным.

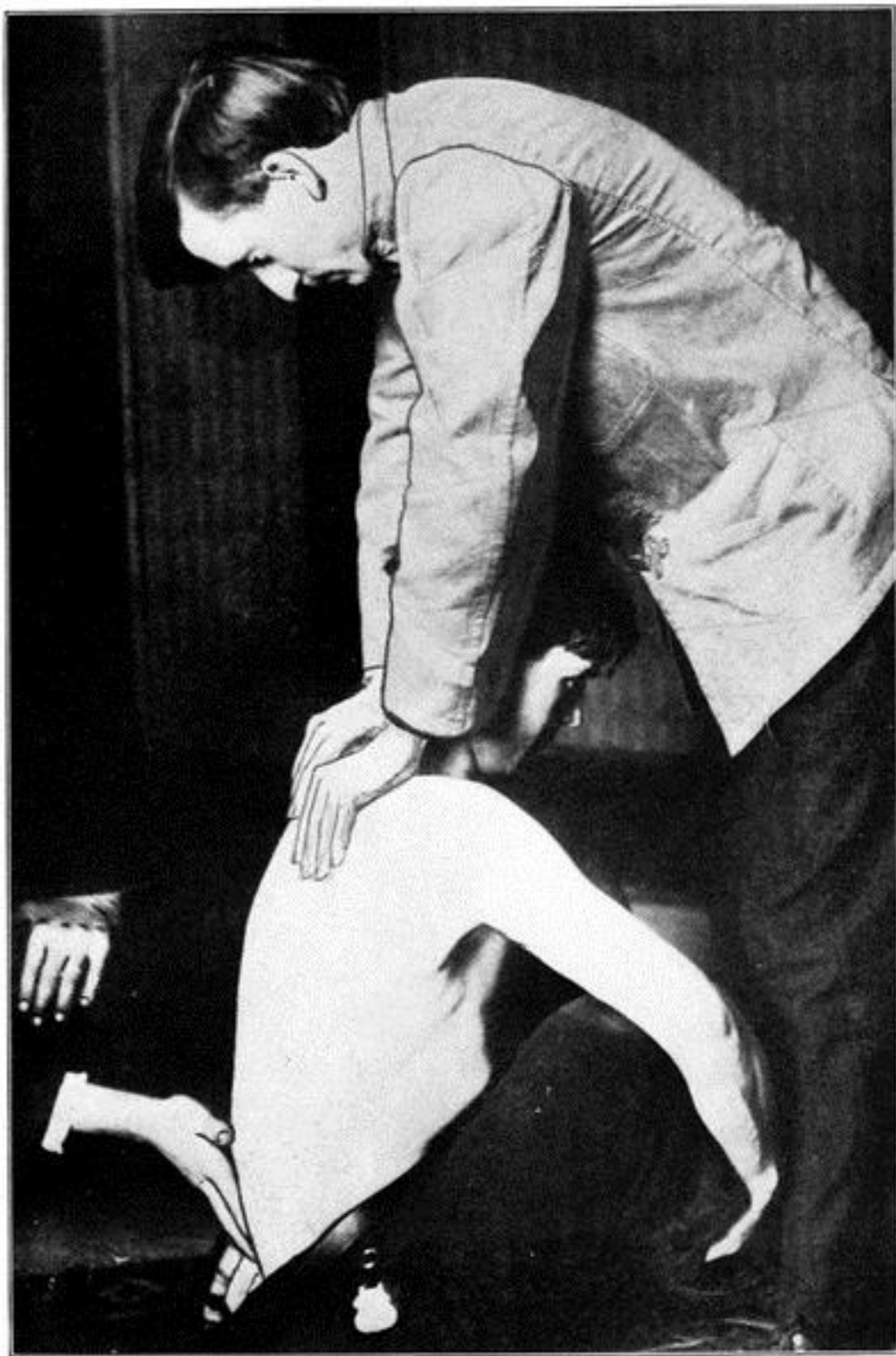


Рис. 29. “Чешский прием” для коррекции передней пятой поясничной области путем передачи удара по позвоночнику.

РЕГУЛИРОВКА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

Пальпация

Когда пациент сидит прямо на плоской поверхности, ступни на полу, встаньте сзади и осмотрите оба крестцово-подвздошных сочленения одновременно ладонными поверхностями пальцев обеих рук. Если два сочленения одинаковы по всем линиям, подвывих подвздошной кости отсутствует, хотя *крестец* может быть повернут на своей поперечной оси между подвздошной костью так, чтобы быть расположенным сзади или спереди у основания или вершины.

Но ни одно обследование подвздошной кости не является полным без исследования также пояснично-крестцового сочленения. Иногда случается, что, хотя первый крестцовый остистый отросток естественным образом завершает поясничный изгиб и нет пояснично-крестцового подвывиха, гребни обеих подвздошных костей кажутся значительно смещенными кзади по сравнению с их нормальным расположением к верхней части крестца: это двойное подвздошное смещение.

Обычно оба подвздошных сустава нормально сочленены; это один из наиболее трудно поддающихся ослаблению суставов, на который редко воздействуют, за исключением самых сильных воздействий. При подвывихе подвздошной кости в девяти случаях из десяти поражается только одна сторона. В десятом случае может наблюдаться двойной подвывих.

Движение

Девять десятых так называемых "корректировок подвздошной кости" оказываются поразительно неэффективными. Усилие, действительно необходимое для *перемещения* подвздошной кишки (за исключением случаев заболеваний суставов или у детей), огромно, и обычному настройщику им не управлять. Легкие массажи, применяемые в качестве рутинной процедуры столь многими хиропрактиками, на самом деле являются не чем иным, как одиночными ударами, которые стимулируют крестцовые нервы.

Переведите пациента в положение В и приложите руки к задней подвздошной кости как к заднему крестцу, устанавливая контакт с наиболее выступающей частью гребня или задней границей и двигая в направлении, которое представляло бы часть окружности, центра которой касается поперечная крестцовая ось вращения, или центр фиксации в крестцово-подвздошном суставе.

КОПЧИКОВАЯ РЕГУЛИРОВКА

Экзамен

Положите пациента на угловой стол, то есть такой, который поднимается в центре и отклоняется в обе стороны. Слегка разведите бедра пациента, лежащего лицом вниз, и очень осторожно введите второй палец, обтянутый резиной, ладонной поверхностью вверх в прямую кишку. Затем можно прощупать кончик копчика и определить его подвижность и положение. Если он не зафиксирован неподвижно в ненормальном положении, его не следует трогать; подвижный копчик реагирует на простое мышечное напряжение изменением положения и не может служить основной причиной ущемления нерва.

Обычно в этом осмотре нет необходимости из-за внешней пальпации, которая может выявить подвижность копчика и сразу же сделать дальнейшее исследование излишним.

Когда копчик подвывихнут спереди и анкилозирован в таком положении, это может быть фактором, вызывающим запор, геморрой и т.д., Но его влияние на другие заболевания, особенно нервной системы, сильно переоценивается теми, кто еще не полностью принял доктрину о том, что поражение нерва является основной причиной всех заболеваний.

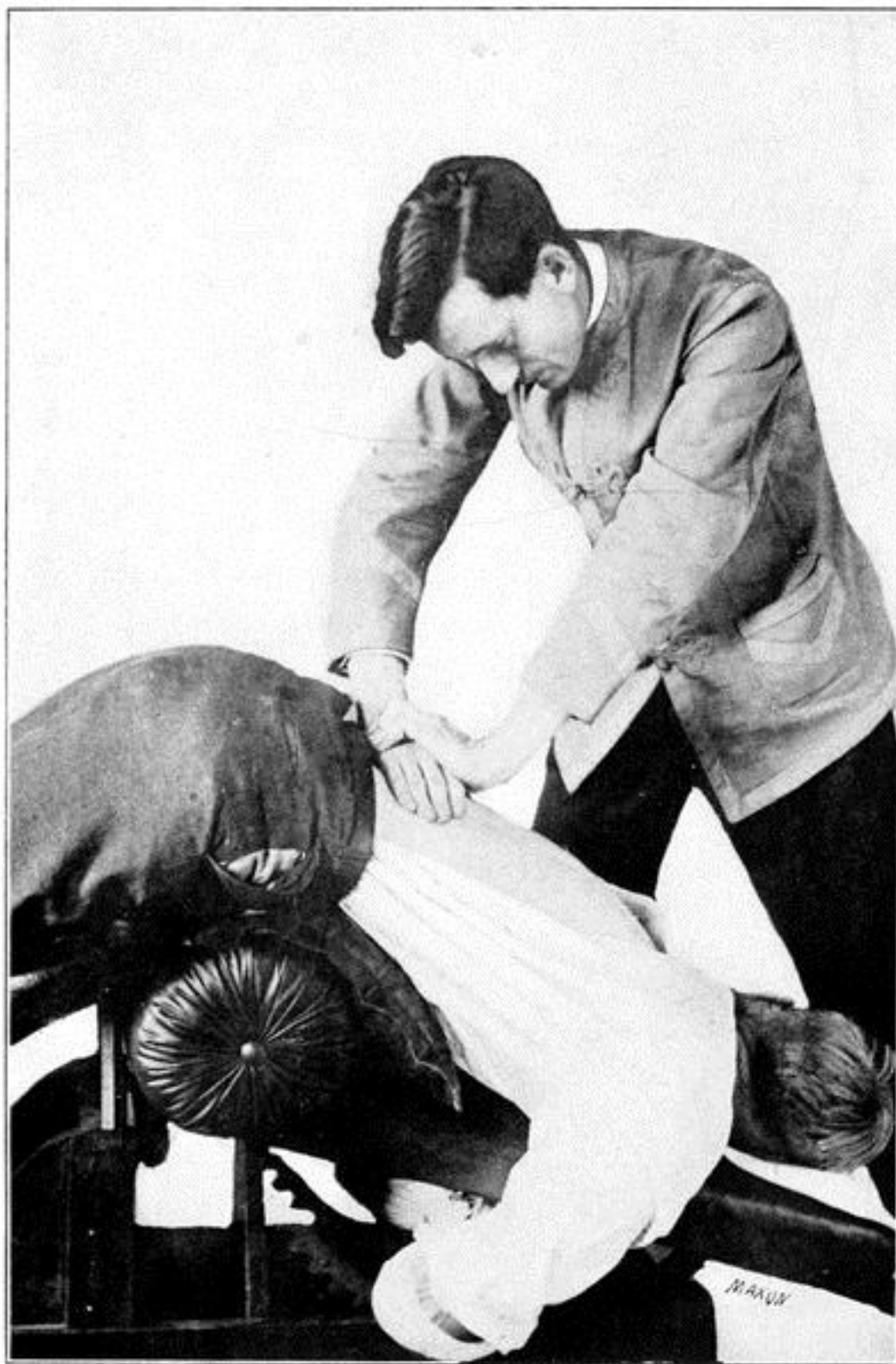


Рис. 30. Краевой контакт с “валиком”, q. v. Положение пациента для вправления копчика.

Движение

Когда было решено, что необходимо переместить копчик, положение и использование руки такие же, как при пальпации. Палец зацепляется за кончик копчика, давит на него до тех пор, пока не будет обеспечен плотный контакт, а затем резко дергает его назад с целью его резкого перелома. Никакое ослабление рывка в надежде на предварительное ослабление или постепенную замену кости не имеет значения, поскольку *костная ткань* должна быть сломана перед любым движением.

Это движение болезненно, и область недавно сломанного копчика может оставаться болезненной в течение периода от нескольких дней до нескольких недель. Разумно предупредить пациента о фактах, прежде чем продолжить.

Перелом копчика может быть рассосан, или может быть реанкилозирован в надлежащее положение, или в новое аномальное положение, или может оставаться свободным и подвижным.

РЕГУЛИРОВКА КРИВИЗНЫ

Ранее мы подробно обсуждали природу и обнаружение искривлений. Здесь следует сказать несколько слов об их исправлении.

Если единственной целью коррекции является исправление искривления, то лучше всего выбрать для коррекции те позвонки, которые наиболее подвержены подвывиху в направлении искривления. В зависимости от длины изгиба выбираются серии от двух до шести, разделенные некоторым расстоянием. Они корректируются до тех пор, пока не перестанут быть наиболее заметными на кривизне, а затем выбираются другие, наиболее заметные, и корректируются до тех пор, пока они, в свою очередь, не перестанут быть наиболее заметными. Таким образом, кривизна в конечном итоге может быть выпрямлена или почти выпрямлена. Сомнительно, что какое-либо искривление может быть полностью устранено, хотя оно может быть выпрямлено до тех пор, пока не станет незаметным разве что для специалиста.

Чтобы преодолеть искривление, может потребоваться нарушить все правила, регулирующие обычную регулировку, и изобрести новые способы постановки рук или приложения силы. Нет двух абсолютно одинаковых мер, и с искривлениями лучше всего справляется тот, кто лучше всего приспосабливается к меняющимся условиям.

Можно смело установить одно правило. Не чередуйте изо дня в день, одновременно ослабляя множество позвонков, а выберите те, которые больше всего нуждаются в коррекции, *исследуйте своему выбору* до тех пор, пока он указан. Главный позвонок почти всегда находится под углом или в *точке* искривления.

Резкий, угловой изгиб болезни Поттса, затрагивающий два или три позвонка, обычно должен предостерегать от коррекции, поскольку при этом заболевании позвонки хрупкие и легко ломаются. Если случай не зашел слишком далеко, лечение может быть осуществлено, но при лечении таких случаев необходимо соблюдать большую осторожность. Каждый хиропрактик должен быть хорошо информирован о диагнозе болезни Поттса или кариеса позвоночника.

На исправление искривления обычно требуется много месяцев — сколько именно, едва ли можно оценить заранее перед экспериментом с любым случаем. Часто случай, который

кажется самым простым, требует более длительного времени, в то время как очень выраженное искривление, как в некоторых случаях рахита, может проявиться через несколько месяцев.

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ НАСТРОЙКИ

Выбор движения, с помощью которого можно исправить каждый подвывих, зависит от представления настройщика *овиде* и *направлении* подвывиха, а также от механики различных корректирующих движений в его репертуаре. Используемое движение должно быть таким, при котором приложение силы происходит точно по линиям, противоположным силовым линиям, которые первоначально вызвали подвывих.

Опуская подробные объяснения относительно элементов каждого смещения и способа изменения костей, мышц, связок, хрящей и т.д., и предполагая понимание принципов каждой названной коррекции, ниже следует список возможных подвывихов каждого позвонка по очереди, начиная с атласа и ниже, с простым указанием ПРАВИЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ при этом подвывихе.

В каждом случае существуют другие движения, отличные от перечисленных, которые могли бы *сдвинуть* позвонок, и некоторые, которые могли бы частично исправить это, но ни одно из них не имело бы столь явной тенденции к *исправлению смещения*. К сожалению, не факт, что каждое движение позвонка является регулировкой. Если бы это было правдой, подвывихов бы не существовало, потому что они никогда не могли возникнуть. Слишком часто настройщик использует прием, потому что это легко, потому что его использование стало для него привычным, а не потому, что на это указывают условия конкретного случая, а затем обвиняет хиропрактику в том, что его результаты отрицательны или плохи.

Движение, подходящее для определенного вида подвывиха одного позвонка, может быть совершенно неуместным для другого, в другой части позвоночника. Таким образом, отдача вполне подходит для заднего поясничного отдела и противопоказана для заднего среднего отдела спины.

Если бы все позвонки имели совершенно одинаковую форму, если бы все были одинакового размера, если бы подвывих был возможен только в одном направлении, то одного метода коррекции было бы вполне достаточно. Требуется разнообразие технических решений, но разнообразие различающее, с веской причиной для каждого используемого движения.

Первый

<i>подвывих шейки матки.</i>	<i>Корректировка.</i>
Правый—R.	Излом, или прямая боковая.
Правый, задний —R. P.	Поворотный латеральный.
Справа, спереди — P. A.	Морикубо.
Правильно, начальник—R. S.	Перерыв.
Правильно, неполноценный R. I.	Перерыв.

Правый, задний, верхний — R. P. S.	Поворотный латеральный.
Правый, задний, нижний— R. P. I.	Поворотный латеральный.
Правый, передний, верхний—R. A. S.	Морикубо.
Правый, передний, нижний —R. A. I.	Морикубо.
Слева—L.	Перерыв.
Левый, задний —L. P.	Поворотный латеральный.
Слева, спереди — Л. А.	Морикубо.
Левый, верхний—Л. С.	Перерыв.
Левый, нижний —Л. И.	Брейк.
Левый, задний, верхний—L. P. S.	Поворотный латеральный.
Левый, задний, нижний—L. P. I.	Поворотный латеральный.
Левый, передний, верхний —L. A. S.	Морикубо.
Левый, передний, нижний —L. A. I.	Морикубо.
Передняя часть (весь Атлант) —А.	Morikubo (с обеих сторон).
Задний (весь атлант) —Р.	Поворотный латеральный (с обеих сторон).
Примечание.—Все правые подвывихи скорректированы с правой стороны, все левые - с левой.	
Второй шейный	
Задний отдел—Р.	Задний шейный ход.
Задний, правый П. Р.	Двойной контакт с правой стороны.
Задний, левый П. Л.	Двойной контакт с левой стороны.
Задний, правый, нижний — П. Р. Л.	Двойной контакт справа.
Задний, правый, верхний — П. Р. С.	Двойной контакт справа.
Задний, левый, нижний — П. Л. И.	Двойной контакт с левой стороны.
Задний, левый, верхний — П. Л. С.	Двойной контакт с левой стороны.
Правый (боковой)—R.	Разрыв (такой же, если R. I. или R. S.)
Правый (поворотный) —R.	Поворотный (такой же, если R. I. или R. S.)

Левый (боковой)—L.	Разрыв (такой же, если L. I. или L. S.)
Левый (поворотный) —L.	Поворотный (такой же, если L. I. или L. S.)
Верхний—S.	Задний шейный ход.
Нижний —I.	Движение шейки матки кзади.
Передний (весь позвонок) —A.	Вентральный поперечный контакт на большей части передней стороны.
Передний, правый (латеральный) —A. R.	Второй пястный контакт справа.
Передний, правый (ротационный) —A. R.	Гороховидный муравьиный контакт справа.
Передний, левый (латеральный) —A. L.	Второй пястный контакт слева.
Передний, левый (ротационный)—A. L.	Гороховидный муравьиный контакт слева.
Третья шейка	
Такая же, как вторая.	
Четвертая шейка	
Такая же, как вторая.	
Пятый шейный	
Такой же, как второй.	
Шестой шейный	
Задний—P.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, правый P. R.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задняя, левая —P. L.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, правый, верхний — P. R. C.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, правый, нижний — P. R. I.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, левый, верхний — P. L. C.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, левый, нижний — P. L. I.	Отскок, руки в обратном направлении.
Правый (боковой)—R.	Разрыв (такой же, если R. I. или R. S.)
Правый (поворотный)—R.	Поворотный (такой же, если R. I. или R. S.)
Левый (боковой)—L.	Разрыв, слева (Такой же, если L. I. или L. S.)
Левый (поворотный)—L.	Поворотный (такой же, если L. I. или L. S.)
Верхний—S.	Перемещение краевого контакта.
Нижний—I.	Перемещение краевого контакта.
Передний (весь	Pisiform Ant. Шейка матки соприкасается с большей частью

позвонок)—А.	передней стороны.
Передний, правый (латеральный) —А. R.	Второй пястный контакт справа.
Передний, правый (ротационный) —А. R.	Гороховидный муравьиный контакт справа.
Передний, левый (латеральный) —А. L.	Второй пястный контакт слева.
Передний, левый (ротационный) —А. L.	Гороховидный Ант. Шейный контакт слева.
Седьмой шейный	
Такой же, как шестой шейный, за исключением того, что Т. М. может использоваться при ротационных подвывихах справа или слева.	
Первый спинной	
Задний—Р.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, правый —П. Р.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, правый, верхний — П. Р. С.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, правый, нижний — П. Р. И.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задняя, левая —П. Л.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, левый, верхний — П. Л. С.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, левый, нижний — П. Л. И.	Отскок, руки в обратном направлении.
Задний, верхний —Р. S.	Контакт пяткой.
Задний, нижний —П. И.	Краевой контакт.
Верхний—С.	Контакт с пяткой.
Нижний—I.	Контакт с краем.
Справа—R.	Т. М. (То же, если R. S. или R. I.)
Слева—L.	Т. М. (То же, если L. S. или L. I.)
Спереди—А.	Без коррекции.
Второй спинной	
задний П.	Контакт с пяткой.
Задний, верхний —Р. S.	Контакт пяткой.
Задний, нижний П. И.	Краевой контакт.
Задняя, правая—П. Р.	Отдача.
Задний, правый, верхний — П. Р. С.	Отдача.
Задний, правый, нижний —	Отдача.

П. Р. И.

Задняя, левая —П. Л. Отдача.

Задний, левый, верхний —
П. Л. С. Отдача.

Задний, левый, нижний —
П. Л. И. Отдача.

Слева—L. Т. М. (То же, если L. S. или L. I.)

Справа—R. Т. М. (То же, если R. S. или R. I.)

Спереди—А. Без коррекции.

Третий спинной

задний П. Соприкосновение с пяткой.

Задний, верхний —Р. S. Контакт пяткой.

Задний, нижний П. И. Краевой контакт.

Задняя, правая—П. Р. Отдача.

Задний, правый, верхний —
П. Р. С. Отдача.

Задний, правый, нижний —
П. Р. И. Отдача.

Задняя, левая —П. Л. Отдача.

Задний, левый, верхний —
П. Л. С. Отдача.

Задний, левый, нижний —
П. Л. И. Отдача.

Справа—R. одиночная поперечная форма писи (слева) (Такая же, если R. S. или R. I.)

Слева—L. Одиночная поперечная форма писи (справа) (Такая же, если L. S. или L. I.)

Спереди—А. Без коррекции.

Четвертая спинная

Такая же, как третья
спинная.

Примечание.—В то время как отдача здесь является предпочтительным движением при задних и заднебоковых подвывихах, можно использовать двойное поперечное смещение в области писеобразного отростка или двойное поперечное смещение двух пальцев, если пальпируются обе поперечные мышцы.

Пятый спинной

Задний—Р. Двойной поперечный ход.

Задний, верхний —Р. S. Контакт пяткой.

Задний, нижний —Р. I. Двойной поперечный.

Задний, правый —П. Р. Двойной поперечный.

Задний, правый, верхний — Двойной поперечный.
Р. R. S.

Задний, правый, нижний — Двойной поперечный.
П. Р. И.

Задний, левый—П. L. Двойной поперечный.

Примечание.— Двойной поперечный рычаг в форме запястья и двойной поперечный рычаг с двумя пальцами прикладывают усилие в абсолютно одинаковых направлениях и, следовательно, могут использоваться как взаимозаменяемые. Последний вариант предпочтительнее для детей.

Задний, левый, верхний — Двойной поперечный.
Р. L. S.

Задний, левый, нижний —Р. Двойной поперечный.
L. I.

Справа —R. Писеобразный одиночный поперечный (то же самое, если R. S. или R. I.)

Слева—L. Писеобразный одиночный поперечный. (То же самое, если L. S. или L. I.)

Передняя часть А. Без коррекции.

Шестой Спинной

Такой же, как Пятый
Спинной.

Седьмая Спинная

Такая же, как Пятая
Спинная.

Восьмая Спинная

Такая же, как Пятая
Спинная.

Девятый Спинной

Такой же, как Пятый
Спинной.

Десятый спинной

задний П. Соприкосновение с пяткой.

Задний, верхний —Р. S. Краевой контакт.

Задний, нижний П. И. Краевой контакт.

Задняя, правая—П. Р. Отдача.

Задний, правый, верхний — Отдача.
П. Р. С.

Задний, правый, нижний — Отдача.
П. Р. И.

Задняя, левая —П. Л.	Отдача.
Задний, левый, верхний — П. Л. С.	Отдача.
Задний, левый, нижний — П. Л. И.	Отдача.
Правая—R.	Отдача (такая же, если R. S. или R. I.) A
Левая—L.	Отдача (такая же, если L. S. или L. I.) A
Передняя—A.	Без коррекции.

[A](#)Записка.— Использование этого хода не совсем корректно с механической точки зрения, но рекомендуется из-за возможной опасности использования поперечных отростков в качестве рычагов.

Одиннадцатая Спинная

Такая же, как и десятая
Спинная.

Двенадцатый Спинной

Такой же, как Десятый
Спинной.

Первый поясничный отдел

сзади—P.	Контакт с пяткой.
Задний, верхний —P. S.	Контакт пяткой.
Задний, нижний П. И.	Контакт пятки.
Задний, правый, верхний — П. Р. С.	Отдача.
Задний, правый, нижний — П. Р. И.	Отдача.
Задняя, левая —П. Л.	Отдача.
Задний, левый, верхний — П. Л. С.	Отдача.
Задний, левый, нижний — П. Л. И.	Отдача.
Справа—R.	Однократное поперечное движение в пояснице, если прощупывается поперечное, в противном случае отдача. (То же самое, если R. S. или R. I.)
Слева—L.	Однократное поперечное движение в пояснице, если прощупывается поперечное, в противном случае отшатнитесь. (То же самое, если L. S. или L. I.)
Передняя часть A.	Без коррекции.
Второй поясничный отдел	
Такой же, как Первый поясничный отдел.	

Третий поясничный отдел

Такой же, как и Первый
поясничный отдел.

Четвертый поясничный отдел

сзади—Р.	Контакт с пяткой.
Задний, верхний —Р. S.	Контакт пяткой.
Задний, нижний П. И.	Контакт пятки.
Задний, правый —П. Р.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, правый, верхний — П. Р. С.	Отдача, руки в обратном направлении.

Обратите внимание.—Удар пяткой может быть заменен отдачей сверху, если усилие при нанесении тщательно направлять в нужном направлении.

Задний, правый, нижний — П. Р. И.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задняя, левая —П. Л.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, левый, верхний — П. Л. С.	Отдача, руки в обратном направлении.
Задний, левый, нижний — П. Л. И.	Отскок, руки в обратном направлении.
Справа—R.	Однократное поперечное движение в пояснице, если прощупывается поперечное, в противном случае отдача. (То же, если R. S. или R. I.)
Слева—L.	Поясничный отдел одиночный поперечный, если прощупывается поперечный, в противном случае отдадите. (То же самое, если L. S. или L. I.)
Передняя часть А.	Без коррекции.
Пятый поясничный отдел	
сзади—Р.	Контакт с пяткой.
Задний, верхний —Р. S.	Краевой контакт.
Задний, нижний П. И.	Краевой контакт.
Задняя, правая—П. Р.	Отдача.
Задний, правый, верхний — П. Р. С.	Отдача.
Задний, правый, нижний — П. Р. И.	Отдача.
Задняя, левая —П. Л.	Отдача.
Задний, левый, верхний — П. Л. С.	Отдача.
Задний, левый, нижний —	Отдача.

П. Л. И.

Правая—R.

Отдача (такая же, если R. S. или R. I.)

Левая—L.

Отдача (такая же, если L. S. или L. I.)

Передняя—A.

“Чешское” переднее пятое поясничное движение. (Не всегда желательно.)

Крестец

Заднее основание—B. of S.—P.

Контакт пятки с основанием.

Задняя вершина—A. of S.—P.

Контакт пятки с верхушкой.

Весь задний мешок крестца. P.

Контакт пятки между крестцово-подвздошными сочленениями.

Копчик

Регулируется только при анкилозировании в неправильном положении, а затем с помощью рычага пальца через прямую кишку.

ПОСЛЕДНЕЕ СЛОВО

Некоторая полезная информация, касающаяся настройки, будет найдена в разделе, озаглавленном “Практика”, вопросы и ответы

После тщательного и кропотливого изучения предыдущих страниц все равно окажется, что студент никоим образом не подготовлен к этой работе. Он должен *практиковать* эти вещи, чтобы научиться им. Мы учимся делать, *делая*. В основном этот раздел будет использоваться в качестве справочного материала и руководства во время практики адаптации.

ПРИЧИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Болезнь болезненный Процесс

Болезнь по-разному рассматривалась как сущность, процесс, состояние. Это было упомянуто в терминах, которые почти персонализировали бы его, таких как “атакованный пневмонией”, “охваченный судорогами”, “в тисках туберкулеза”. Люди постоянно пытались различать болезни и изучать внешний вид и особенности каждой из них, и разложили каждую на ее специфические элементы только для того, чтобы узнать, что линии слияния между двумя болезнями или между случаями одной и той же болезни незаметны. Дать точное определение какой-либо одной болезни и отличить ее от всех других так же невозможно, как рассматривать одну функцию человеческого организма без изучения ее взаимозависимости с другими.

Болезнь - это *процесс*. Это естественный процесс. Оно следует определенным четко определенным законам и заключается в ненормальном выполнении функции в каком-либо

органе или органах организма или в несвоевременном выполнении какой-либо функции, которая была бы нормальной в ее надлежащем хронологическом соотношении с другими функциями или в другой период развития организма. Нарушается функциональный баланс организма — какая-то функция усиливается или ослабевает — вот и все. Каждая болезнь, должным образом изученная, выявляет свою функциональную основу.

Нарушения функций *роста, питания и восстановления* вызывают изменения в структуре, физические признаки болезни. Вероятно, с каждой болезнью связано определенное количество структурных изменений; трудно представить функциональное расстройство без структурных изменений во вселенной, в которой Природа вечно создает, разрушает или модифицирует органические особенности для удовлетворения меняющихся функциональных потребностей. Но во многих случаях это структурное изменение настолько незначительно, что его невозможно обнаружить; такие заболевания называются “функциональными”, чтобы отличать их от тех, при которых структурные патологические изменения заметны непосредственно, называемых “органическими”.

Начало процесса

Признавая тот факт, что болезнь состоит из последовательности шагов или серии событий, каждое из которых зависит от следующего предшествующего и делает возможным его продолжение, и желая остановить или приостановить этот процесс и исправить нанесенный ущерб, другими словами, “излечить болезнь”, возникает вопрос: “Где начинается этот процесс?”

Если мы хотим просто проверить процесс или модифицировать его, как это делает медицина, этиология заболевания менее важна, чем текущее состояние. Поэтому более важно, чтобы мы понимали изменения, происходящие в организме во время нашей попытки, состояние каждого органа в это время и общую способность человека восстанавливаться или сопротивляться.

Но если мы хотим исправить весь нанесенный ущерб, вместо того, чтобы просто предотвращать дальнейший ущерб или наращивать внутреннее сопротивление все еще активному разрушительному процессу; если мы хотим устранить последствия предыдущих шагов настолько, чтобы сделать возобновление болезненного процесса крайне маловероятным, мы должны знать каждый шаг от начала до настоящего времени, понимать их последовательность и взаимосвязь и вернуться к началу с нашим исправлением, *устранив причину*.

Причина заболевания

Поскольку каждое событие в болезненном процессе зависит от предыдущего и делает возможными последующие, можно остановиться в любой точке цепочки событий и заявить: “Здесь кроется Причина болезни”. Это объясняет различные этиологии, которых придерживается каждая школа умных и научных людей, но каждая, по-видимому, категорически не согласна с другими. Независимо от того, какой шаг мы выбираем в качестве нашей “конечной причины”, это действительно причина или одна из причин последующих шагов, которые вполне могут представать в нашем сознании как вся болезнь в целом. Таким образом, врач, обнаружив микроб, вполне доволен тем, что ожидает вторжения микроба и рассматривает это как первично необходимое условие возникновения болезни. Оглядываясь

назад, он следует за болезнью обратно в организм до момента попадания зародыша, а затем покидает тело, чтобы изучить жизненные привычки зародыша и его излюбленный способ передвижения. Он невольно сошел с прямой линии расследования и пошел по второстепенному пути.

То же самое происходит с остеопатом, который обнаруживает сокращение мышц, извлекая член или кость из их нормального положения. Он переходит к изучению влияния такой контрактуры на другие ткани и стремится облегчить ее с помощью лечения мышц.

Диетолог обнаруживает, что человек не может должным образом усваивать определенные пищевые комбинации и что при их употреблении в организм, как правило, вырабатываются токсины, вредные для организма. После чего он берется за поиск пищевых комбинаций, о которых *может* позаботиться организм, и считает, что решил вопрос этиологии.

Теперь самое важное, чтобы мы нашли *первичную* причину, ту, которая делает возможным функционирование всех остальных и без которой все было бы бессильно причинить вред человеку. Мы ожидаем обнаружить это в точке проникновения болезни в человеческий организм. Первопричиной должен быть первый шаг, *который касается человека*, первое изменение от нормального к ненормальному, от которого зависят все последующие изменения. Бесполезно выходить за рамки рассмотрения человека и тех сил, которые непосредственно воздействуют на человека, в наших поисках причины болезни. Мы бессильны повлиять на внешние силы, контролировать или изменять законы природы, благодаря которым существует болезнь.

Давайте тогда попытаемся разложить болезнь на ее последовательные этапы и найти первый, который касается человека. Исправив это, мы полностью исправим процесс, составляющий болезнь. Нанося удар по корню, мы можем уничтожить всю поросль.

Жизненная Энергия

Раздражительность - это свойство быть восприимчивым к возбуждению или стимуляции. Стимуляция - это процесс повышения функциональной активности любого органа. Торможение - это акт проверки, ограничения или сдерживания функциональной активности любого органа. Эти определения, взятые у Гулда, представлены здесь в качестве необходимого предисловия к попытке изложить, без ненужных ссылок или обсуждения какой-либо другой теории относительно этиологии заболевания, хиропрактическое объяснение его наличия.

Хиропрактика утверждает, что вся химическая и физическая активность человеческого организма контролируется, прямо или косвенно, с помощью третьей формы энергии, передаваемой через Нервную систему; что, хотя все три формы энергии взаимозависимы и тесно связаны в своем конечном выражении, одна из трех является *первичной* и наиболее существенной формой, и особенно указывает на жизнь. Мы можем назвать эту третью форму Жизненной энергией.

Есть несколько веских причин полагать, что эта нервная сила является первичной формой, в которой энергия выражается в человеке, и полагать, что она контролирует и направляет других в большей степени, чем они контролируют и направляют ее сами.

Из четырех форм тканей, из которых состоит организм, — соединительной, эпителиальной, мышечной и нервной, — повреждение последней приводит к самым серьезным и необратимым последствиям.

Это факт, что есть несколько органов, удаление которых приводит к неминуемой смерти из-за их важности в общей экономике организма, но также верно и то, что перерезание нервов, ведущих к этим органам, столь же несомненно вызывает смерть из-за прекращения их функций. В теле нет органа, кроме самих нервов, который немедленно не прекращал бы действовать при прекращении действия своей нервной силы и сразу же не начинал бы процесс дегенерации или атрофии.

За патологическими изменениями в Нервной системе неизменно следуют патологические изменения в органах, контролируемых пораженным сегментом, но обратное неверно. Возбуждение или ингибирование нервной активности приводит к соответствующему изменению активности иннервируемых органов, но возбуждение органа не обязательно приводит к аналогичным изменениям в Нервной системе. Эта система обладает способностью препятствовать или разрешать ответные действия, другими словами, способностью *выбора*.

Исследования в области сравнительной анатомии подтверждают тот факт, что различия в силе сложных действий, которыми обладают разные организмы, полностью измеряются различиями в структуре и сложности их нервных механизмов.

Далее, путем изучения последствий удаления или экстирпации или патологических изменений в различных частях нервной системы было продемонстрировано, что Мозг является центром для тех высших форм активности, известных как психическая, для способности ускорять или подавлять реакции нижних центров нервной системы на стимуляцию извне, и для передачи полномочий действовать всем нижним центрам. Нервная система - это морфологический, физиологический и динамический центр организма, а Мозг - центр Нервной системы. Таким образом, логично ожидать, что мы обнаружим в Мозге или в каналах, по которым энергия распределяется от Мозга к нижестоящим центрам или органам, начальный шаг в процессе заболевания, который является нашей настоящей целью.

Одна Нервная система

Вся нервная ткань в организме организована и связана вместе в сложную совокупность отдельных единиц, сообщающихся посредством *контакта* и образующих одну большую Нервную систему, направляющий центр которой находится в Головном мозге. Некоторые авторы утверждают, что он состоит из двух различных систем — цереброспинальной и симпатической, - но лучше было бы описать его как состоящий из центральных органов — головного и спинного мозга — и периферических органов — черепных, спинномозговых и симпатических периферических аксонов, соединяющихся с клетками центральной оси и соединенных вместе в сеть, которую неправильно разделить на отдельные или отчетливые отделы, причем волокна разных частей связаны между собой таким образом, чтобы установить сложную взаимосвязь, наиболее тесную, с одной стороны, между черепной и симпатической, а с другой - между спинномозговой и симпатической. Симпатическую систему можно рассматривать не более чем как средство для правильного распределения импульсов, исходящих из цереброспинальной системы, и ряд рефлекторных центров, получающих свою

способность действовать от центральной оси. Было продемонстрировано, что правильное действие симпатических ганглиев зависит от целостности волокон спинномозгового нерва, или *rami communicantes*, которые проходят к ганглиям и заканчиваются в них телодендриями (концевыми древовидными образованиями), находящимися в контакте с дендритами (целлюлозными отростками) ганглиозных клеток.

Окажется, что вмешательство в один отдел или часть нервной системы может сопровождаться эффектами, частично проявляющимися в отдаленной части; что возбуждение или ингибирование спинномозгового нерва может соответственно возбуждать или ингибировать симпатические волокна.

Гипотеза хиропрактики

Хиропрактика приняла в качестве удобной рабочей гипотезы, полностью подтвержденной годами клинических экспериментов и анатомо-физиологических исследований, положение о том, что все болезни в организме человека в первую очередь становятся возможными из-за повреждения (стимуляции или торможения) какой-либо части нервного механизма.

Повреждения других тканей, если только они не затрагивают также нервную ткань, быстро устраняются, и организм продолжает жить без болезней. Или травмы достаточно, чтобы тело сразу стало непригодным для жизни и наступила смерть. За травмой следует немного патологических изменений, если только не повреждена нервная ткань.

Чтобы эта теория была логичной, она должна включать в себя всю нервную систему. Кроме того, поскольку отмечено, что каждая нервная клетка управляет питанием своих собственных процессов и обладает собственной способностью к восстановлению, из этого следует, что, если травма не носит фатального характера или не имеет постоянной продолжительности, даже повреждения нервов имеют тенденцию к автоматическому излечению. Мы должны стремиться к постоянному оперативному вмешательству в нервную ткань.

Мозг, заключенный в сравнительно прочную черепную коробку, настолько хорошо защищен, что ничто, кроме перелома черепа, сильного сотрясения мозга или прекращения кровоснабжения извне, не вызовет в нем постоянных изменений. Кроме того, если не будет давления инородного вещества на мозг, травма будет вовремя устранена и организм возобновит свою нормальную функциональную активность. Было продемонстрировано, что таким образом возникает сравнительно немного заболеваний. Такие, как это происходит, называются травматическими, то есть вызванными раной или увечьем.

В самом широком смысле все болезни вызваны травмой, как мы сейчас покажем.

Верхние или головные периферические нервы, называемые черепными, выходят из черепа через отверстия в его основании (за исключением слуховых) и настолько защищены неподвижностью костей черепа, что относительно свободны от прямых повреждений. Периферические повреждения происходят с черепно-мозговыми нервами, но поддаются лечению; даже при рассечении тройничного нерва при невралгии обычно через некоторое время происходит воссоединение разорванных частей. Как будет показано ниже, специальные конечные органы черепных нервов не свободны от последствий подвывиха позвоночника, и их ядра (глубокого происхождения) часто участвуют в патологических изменениях в ткани головного мозга из-за нарушений питания.

Симпатическую часть нервной системы можно было бы отнести к краниальной в отношении редкости постоянного вмешательства, если бы не близость большого ганглиозного канатика к поперечным отросткам и телам позвонков. Такая близость делает его подверженным постоянному ущемлению при подвывихе позвонка.

Травма Поражает спинномозговые нервы

За исключением первой пары шейных нервов, а также крестцового и копчикового, все спинномозговые нервы проходят через выходные отверстия, каждое из которых состоит из двух подвижных позвонков. Гипотеза хиропрактики основана на открытии, что в дополнение к роли, которую эти позвонки могут играть в общих движениях позвоночника, возможно, что их отношение друг к другу может быть изменено приложением силы извне, и что это изменение, однажды произведенное, имеет тенденцию оставаться постоянным. Эти постоянные подвывихи позвонков возникают с большой частотой, что клинически подтверждается пальпацией и рентгеном.

Обнаружение этого факта привело к установлению еще двух, а именно:

Ни одно заболевание не обходится без сопутствующего подвывиха.

Поскольку каждый орган или ткань связаны с каким-то определенным и особенным позвонком, подвывихи, сопровождающие заболевание, имеют отношение к болезни, которая контролируется общим законом, одинаково действующим на все человеческие организмы.

Последний факт требовал еще одного для его полной демонстрации, а именно того, что за устранением подвывиха всегда следует полное исчезновение заболевания. При наличии более совершенных методов коррекции подвывихов доказательство теории хиропрактики было бы настолько полным и ошеломляющим, что сразу же получило бы всеобщее признание. Трудность заключается в том факте, что при наших нынешних методах часто требуется много времени для полной коррекции смещения позвонков и требуется много навыков даже для успешного изучения получаемых результатов. О теории слишком часто судят по ее неумелому или несовершенному применению.

Каждая школа хиропрактики признает наличие подвывиха и потратила много времени на то, чтобы вывести закон, регулирующий его связь с болезнью. Были сделаны различные выводы из-за трудностей, с которыми пришлось столкнуться при полном устранении подвывиха. Когда это *is*, результаты являются абсолютно убедительными. Когда это частично или относительно достигнуто, результаты в большом проценте случаев настолько хороши, что иногда приводят к ошибочному мнению, что подвывих не вызывал заболевание, поскольку простого частичного устранения подвывиха достаточно, чтобы вызвать кажущееся полное устранение заболевания. В каждом случае тщательного эксперимента результаты оправдывают рекомендацию теории подвывиха, по крайней мере, в качестве надлежащей рабочей гипотезы.

Не пытаясь здесь рассматривать все различные достигнутые выводы или методы, с помощью которых они были достигнуты, мы бы просто сформулировали наш собственный вывод, который, по нашему мнению, является единственным, совместимым с доказуемыми фактами. Вкратце это так: поскольку каждая часть тела связана через нервную систему со спинномозговыми нервами и поскольку было доказано, что эта связь достаточно постоянна и анатомически доказуема; поскольку удаление или коррекция подвывиха приводит во всех случаях к полному

исчезновению заболевания органов или тканей, иннервируемых подвывихнутой частью позвоночного столба, мы заключаем, что подвывих является *первичной причиной* заболевания.

Окончательная проверка правильности любой теории - это результат ее применения. Поскольку хиропрактика обеспечивает больший процент результатов, чем любая другая известная система лечения, можно с уверенностью предположить, по крайней мере, что она открыла способ устранения основной причины заболевания.

О том, что теория хиропрактики, или, точнее, теория подвывиха, не включает в себя всю этиологию заболевания, свидетельствуют факты заражения, воздействие на организм введения яда, последствия беспокойства, гнева и других ненормальных психических состояний. Эти факты ни в малейшей степени не опровергают теорию. Они просто требуют объяснения, которое прояснит их связь с подвывихом. То, что такое объяснение имеется в изобилии, укрепляет позиции хиропрактики больше, чем отрицание всех других причин, кроме той, на которой мы концентрируемся.

Менталист, утверждающий, что все болезни существуют внутри разума и являются всего лишь плодом воображения, находится так же далеко от истины, как физик, утверждающий, что особой нервной энергии не существует. Хиропрактик рассматривает Человека как сложную психофизическую единицу, самостоятельно действующую и внутренне самовосстанавливающуюся до тех пор, пока силы окружающей среды не нарушат правильную настройку механизма.

Болезнь вызывается серией событий, главным и наиболее постоянным из которых является подвывих. Мы можем рассматривать его этиологию в соответствии с порядком, в котором происходят события, следующим образом:

Прямая цепочка

Столкновение сил.

Подвывих позвонка.

Защемление нерва.

Возбуждение или Торможение.

Болезнь —Нарушение функции.

Цепочки для аксессуаров

Между двумя последними этапами выше или после последнего часто вводятся одна или несколько из следующих вспомогательных цепочек, которые изменяют или усиливают конечный эффект и сами становятся возможными благодаря первым четырем этапам прямой цепочки.

Патогенный микроб.

Ядовитые выделения микробов.

Разрушение тканей в результате химического действия таких токсинов.

Рефлекторное мышечное напряжение, имеющее тенденцию усиливать подвывих и, таким образом, усиливать ущемление нерва и его последствия.

Или

Диетическая ошибка.

Ненормальное химическое воздействие.

Разрушение тканей или раздражение нервов химическими ядами.

Рефлекторные двигательные нарушения, которые еще больше ограничивают пищеварительную способность.

Или

Ненормальное психическое состояние.

Пустая трата нервной энергии с образованием токсинов.

Общее нарушение обмена веществ.

Рост заболеваемости там, где болезнь существовала ранее.

Они предлагаются просто в качестве иллюстраций. Существует множество вспомогательных цепочек, которые способствуют возникновению или развитию болезни и действуют как *вторичные причины*.

Столкновение сил

Человек был так создан, так обеспечен средствами для восстановления, роста и т.д., что организм стремится поддерживать свой собственный функциональный баланс — совершенную гармонию между всеми своими частями, — если только в него не вмешивается какой-либо внешний фактор. Существуют определенные законы природы, такие как закон всемирного тяготения и закон импульса и инерции, которые действуют без учета человека или его благополучия. Если человек, вольно или невольно, позволяет себе вступить в жестокий конфликт с одним из этих законов, падая на землю или сталкиваясь с внезапной противодействующей силой или массой во время движения, то то, что можно назвать сотрясением мозга, вызвано столкновением внешней силы и внутреннего сопротивления организма.

Многие такие сотрясения могут происходить без серьезных повреждений. Некоторые вызывают раны или повреждения, которые организм может залечить, не вызывая серьезных нарушений функций. Другие сотрясения настолько сильны, что приводят к смещению конструкции, которая имеет тенденцию оставаться постоянной. В разделе "Спиноорганическая связь" будет найдено объяснение того, каким образом сила, приложенная к различным частям тела, оказывает влияние на позвоночник.

Теперь смещение кости не может быть исправлено организмом без посторонней помощи. Для такой коррекции не предусмотрено никакого метода. Вызванный внешней силой,

воздействующей на организм, он может быть уменьшен только внешней силой. Именно неспособность Природы сделать человека адаптируемым *к любым неблагоприятным обстоятельствам* делает его восприимчивым к болезням.

Подвывих

Как было указано ранее, ни в коем случае не все сотрясения сил вызывают подвывих. (Однако все подвывихи возникают в результате сотрясения сил.) Можно добавить, что не все подвывихи затрагивают нервы и что, когда они не затрагивают нервную ткань настолько сильно, они не оказывают заметного эффекта после исчезновения первой временной болезненности.

Однако любой подвывих свидетельствует о *склонности* к заболеванию. При перемещении из своего нормального положения и нарушении осанки и симметрии тела возникают воздействия, которые с большей готовностью воздействуют на тот же позвонок. Подвывихнутый позвонок легче беспокоится из-за ударов, растяжений и т.д., чем нормальный, потому что такие удары менее равномерно распределяются по всем его частям. Рефлекторное мышечное напряжение из-за других, более выраженных подвывихов и их болезненных последствий может, в свою очередь, увеличить незначительные отклонения по всему позвоночнику, делая их, в свою очередь, способными вызвать заболевание. Когда позвоночник или любая его часть утрачивает свою совершенную регулярность, *становится возможным* заболевание, если не становится фактом сразу. Среднее количество подвывихов у каждого человека составляет около девяти с половиной. Из этого числа, вероятно, не более трети (хотя точных цифр нет) на самом деле являются причиной состояний, которые в любой момент времени можно назвать болезнью. Различение тех, которые вызывают, и тех, которые не вызывают обнаруживаемых симптомов в данном случае, - это вопрос, требующий хороших технических навыков и безупречного суждения.

Повреждение нервов

Когда позвонок утратил нормальные суставные связи со своими собратьями и, как следствие, занимает ненормальное положение по отношению к *всем* окружающим или прилегающим тканям, он может задевать нервную ткань двумя способами: при *растяжении* или при *сужении*. При смещении одного позвонка из пары размер и форма межпозвоночного отверстия могут быть изменены (окклюзия), что приводит к сужению нерва, проходящего через отверстие. О том, что это изменение размера и формы отверстий происходит часто, свидетельствует частота, с которой изменения формы позвонков появляются у сухих колючек, результаты вскрытий, которые продемонстрировали измененные отверстия у трупа, и постоянная окклюзия отверстий у анкилозированных колючек, так что окклюзия может быть сохранена. Добавляя изменения хряща в межпозвоночных дисках к изменениям формы и положения костей, особенно последней, мы находим полную и достаточную причину всех патологических явлений, которые следуют за подвывихом. Объясняйте это как хотите, но эти болезненные результаты *действительно* возникают после подвывиха и могут быть получены экспериментально на животных. Более того, заболевание может быть направлено на желаемый орган или область путем выбора конкретного позвонка, подлежащего смещению.

Субокципитальный, крестцовый и копчиковый нервы не могут быть пережаты, когда они проходят через отверстия, потому что они не выходят через полные кольца, образованные отдельными подвижными костями. Но эти нервы могут быть *сдавлены* или растянуты смещенной

костью, как и большой ганглиозный канатик симпатической нервной системы, особенно его шейная часть. *Натяжение* шейного симпатического канатика из-за подвывиха позвонков - очень распространенное явление.

Независимо от того, происходит ли сдавливание или растяжение, эффект практически одинаков в зависимости от степени нарушения молекулярной целостности нервного вещества — нарушение функции органа, связанного с нервом, а иногда и отек и боль в самом нерве с последующей дегенерацией. Эффекты в основном заметны в периферических тканях. С. Вейр Митчелл говорит (1872): “Непрерывное давление на нерв приводит к дегенерации нерва и нарушению функции частей, иннервируемых этим нервом”. Более ясного утверждения сделать невозможно.

Не следует понимать, что все повреждения нерва происходят непосредственно из-за подвывиха позвонка. Вывих плеча вызвал бы аналогичный эффект нервного напряжения. Но вывих плеча редко встречается в качестве постоянного состояния. Аналогичным образом, может быть вторичное ущемление из-за новообразований, которые сами по себе вызваны некоторым первичным подвывихом. Аневризма грудного отдела аорты часто вызывает охриплость голоса из-за ущемления возвратной части гортани.

Не всякого воздействия достаточно, чтобы вызвать заметное заболевание. В определенной степени способность к адаптации, присущая организму, может преодолеть его вредное воздействие и подавить все признаки его существования до тех пор, пока чрезмерная нагрузка на энергию организма не уменьшит эту способность к адаптации. Затем появляется болезнь, и мы говорим, что ее вызвали чрезмерные нагрузки.

Возбуждение или Торможение

Легкий удар служит механическим раздражителем для усиления действия нерва и функций прилегающих периферических органов. За такой стимуляцией, выходящей за рамки нормы, всегда следует реакция или переход к субнормальным действиям.

Сильный удар, особенно удар, вызванный выраженной закупоркой отверстий, частично или полностью парализует пораженные нервы. Часто поражение вызывает лишь скрытую слабость в каком-либо органе, слабость, которая может проявиться только благодаря появлению какой-либо вторичной причины, которая использует в своих интересах восприимчивость органа к возникновению какого-либо определенного заболевания. В качестве примера этого мы можем упомянуть брюшной тиф. Не бывает случая брюшного тифа без подвывиха в области второго поясничного отдела; однако скрытая слабость, вызванная этим подвывихом, могла не наблюдаться до тех пор, пока тифозный микроб не нашел благоприятную питательную среду в ослабленной ткани и не продолжил там размножаться и вырабатывать свои токсины.

Воздействие На отдельную ячейку

Каждая нервная клетка трофична по отношению к своим отросткам и клеткам тканей, по которым эти отростки распределены. Рост, питание и восстановление каждой клетки организма зависят от целостности аксона, который ее снабжает. Воздействие поражения нерва на отдельную клетку заключается в ослаблении клеточной структуры и нарушении,

незначительном или значительном, особой функции, которой обладает эта клетка. Данглиссон говорит о болезнях: “Все ... зависят от модифицированного действия клеток”.

Воздействие На органы

Каждый орган - это всего лишь скопление клеток какого-то особого типа. Поражение нерва обычно затрагивает либо весь нервный ствол, либо многие его волокна и, таким образом, ослабляет либо весь орган, либо многие его клетки и увеличивает или уменьшает его особую функцию. Некоторые органы иннервируются более чем одним нервом и могут быть повреждены лишь частично в результате локализованного удара.

Изменение функции одного органа часто имеет тенденцию влиять на все тело, поскольку при подвывихе четвертого спинного мозга, нарушающем нервное снабжение печени, секреция желчи изменяется по характеру или количеству, и вся система страдает из-за нарушения пищеварения, из-за этого изменения необходимой секреции. Каждое заболевание проявляет симптомы, лишь косвенно относящиеся к органу, который поражен в первую очередь, и задача диагноста состоит в том, чтобы так различать прямые и косвенные симптомы, чтобы иметь возможность *локализовать* заболевание.

Простое заболевание с подвывихом

Мы рассмотрели цепочку событий, в результате которых заболевание возникает без вмешательства какой-либо вторичной причины. Такое состояние для удобства можно назвать простым заболеванием с подвывихом. Его существование напрямую зависит от подвывиха, который является первым изменением, проявляющимся в индивидууме, и от которого зависят все остальные изменения.

Два факта, что не все подвывихи затрагивают нервы и не все поражения нервов вызывают очевидное заболевание, объясняют, почему на практике мы не находим заболевание, соответствующее каждому подвывиху, обнаруженному при пальпации. Следует помнить, что после подвывиха может наблюдаться скрытая слабость, которая имеет важное значение, поскольку делает пациента восприимчивым к инфекции или действию других вторичных причин.

ВТОРИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ

Среди вторичных причин заболевания можно упомянуть патогенные микробы, яды, диетические ошибки, ненормальные психические состояния, физические излишества, воздействие резких перепадов температуры и вдыхание неядовитых, но раздражающих веществ как наиболее распространенных. Можно было бы включить много других, но и их будет достаточно для полной иллюстрации принципа. Нашей целью будет показать, как каждая из этих вторичных причин действует в силу предшествующей восприимчивости или нарушения нормальной сопротивляемости организма, вызванного подвывихом, и как каждая из них, в свою очередь, *может* вызвать усиление подвывиха и, таким образом, как прямо, так и косвенно, усугубить заболевание.

Имейте в виду эти два чрезвычайно важных факта. *Ни одна из этих вторичных причин не может действовать без предшествующего подвывиха. Подвывих может вызвать заболевание без помощи какой-либо вторичной причины.*

МИКРОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Они составляют значительную часть лихорадочных состояний. Большинство микробных заболеваний характеризуются повышением температуры и присутствием циркулирующих токсинов, что приводит к нарушению метаболических процессов в организме.

Среди патологоанатомов принято считать, что большее количество разновидностей микроорганизмов, иногда обнаруживаемых у человека, не являются патогенными. Некоторые способствуют разложению пищи в пищеварительном тракте; другие выполняют различные полезные функции. Но некоторые, при надлежащих условиях, питаются живыми тканями и разрушают их. Это так называемые патогенные микробы.

Патогенных микробов много. Они попадают в организм различными путями, с воздухом, которым мы дышим, пищей, которую мы едим, водой, которую мы пьем; иногда они передаются при непосредственном контакте с другими людьми или с зараженными ими предметами. Термин “заразный” применяется к тем заболеваниям, микробы которых могут передаваться по воздуху от одного человека к другому; “заразный” относится к заболеваниям, передающимся только контактным путем.

В каждом здоровом человеке содержится множество микробов как патогенных, так и безвредных разновидностей. Мы постоянно подвергаемся влиянию первого, но далеко не все органы, в которые попадают патогенные микробы, заражаются болезнью. Этот факт вызвал много исследований, и среди патологов и бактериологов в целом был сделан вывод, что развитие колоний микроорганизмов в достаточной степени, чтобы вызвать заболевание, зависит от того, что известно как “восприимчивость” организма. Должна существовать скрытая слабость, которой микроорганизмы пользуются в своих интересах.

Это равносильно признанию того, что организму присуще свойство успешно сопротивляться любому воздействию микробов. Действительно, фундаментальное положение сывороточной терапии заключается в том, что при стрессе, вызванном присутствием разбавленных микробных настоев, организм *действительно* вырабатывает специальные химические вещества, которые нейтрализуют микробные яды и убивают микробы и которые остаются после прививки для защиты от дальнейшего проникновения микробов того же вида, уязвимых к тем же защитным химическим веществам.

Эта теория достаточно верна, чтобы послужить неопровержимой основой для самой нелогичной процедуры. Истина заключается в том, что аутозащитная способность организма должна быть ниже нормы, и микробы должны найти ослабленную область для развития и размножения, прежде чем они смогут развиваться в достаточной степени, чтобы вызвать заболевание. Как только они закрепляются, они, как правило, размножаются с большой скоростью и развивают тревожные симптомы, часто приводящие к смерти.

Лишь в нескольких случаях современная наука верит, что патогенный микроб может успешно поражать здоровый организм, но утверждается, что существует несколько микробов, таких как

бацилла Клебса-Леффлера (возбудитель дифтерии) и бацилла сибирской язвы, которые могут поселиться в любом организме, здоровом или нездоровом, и вызвать заболевание.

Итак, восприимчивость организма к микробной инвазии требует объяснения. Просто сказать, что один восприимчив, а другой нет, оставляет слишком широкое поле для ошибки. Исходя из того факта, что все люди в какой-то момент подвергаются воздействию заразных заболеваний, в то время как сравнительно немногие заражаются ими, легко сделать вывод, что некоторые люди уязвимы к определенным заболеваниям, в то время как другие нет. Очевидно, что, хотя человек может быть восприимчив к брюшному тифу из-за слабости кишечника, он может быть совершенно невосприимчив к пневмонии, туберкулезу или любому другому инфекционному заболеванию. Но почему такая разница? Давайте посмотрим на проблему под другим углом.

Хиропрактики обнаруживают при каждом заразном заболевании определенные подвывихи, расположение которых по отношению к заболеванию является постоянным и очевидным. Таким образом, во всех случаях туберкулеза легких наблюдается третий дорсальный подвывих с достаточным количеством исключений, подтверждающих правило; тонзиллит неизменно сопровождается подвывихом второго, третьего или четвертого шейного отдела. За коррекцией подвывиха, во всех случаях, за исключением наиболее полно развившихся и опасных, следует радикальное лечение. Действительно, при многих микробных заболеваниях лихорадку можно купировать с улучшением всех симптомов в течение от пяти минут до двенадцати часов. Мы настолько привыкли сразу проверять наличие микробных заболеваний, что невыполнение этого требования приводит нас к немедленному исследованию нашей пальпации и корректировке для обнаружения какой-либо технической ошибки в применении принципов хиропрактики к рассматриваемому случаю.

Совершенно очевидно, что с помощью позвоночной коррекции невозможно поднять тело выше *нормальной силы*. К телу ничего не добавляется; не используется никакая энергия, кроме энергии самого тела, которая обеспечивается Природой и высвобождается при восстановлении нормальной пропускной способности нервов. Наивысшая достижимая цель - это нормальность, и замечено, что независимо от того, носит ли нарушение характер возбуждения или торможения нервной деятельности, эффект правильной настройки всегда направлен в этом направлении — к нормальности. Возможно, здесь стоит отвлечься на достаточно долгое время, чтобы заметить, что аномальные изменения никогда не являются результатом *приспособления*, а всегда *деадаптации*, и те, кто утверждает, что могут вызывать стимуляцию, перемещая данный позвонок в одну сторону, и торможение, перемещая его в другую, совершенно неправы.

Из результатов адаптации к микробным заболеваниям очевидно, что нормальный организм полностью способен выводить яды и уничтожать микробы, и этот вывод вполне согласуется с наукой. Факт, неизвестный другим отраслям науки и утверждаемый хиропрактикой, заключается просто в том, что *подвывих является фактором, определяющим восприимчивость*.

Убедившись, что определенный позвонок находится в нормальном положении, мы можем с абсолютной уверенностью сказать, что органы, иннервируемые нервами, проходящими через его отверстия, не являются и не могут быть местом какой-либо пагубной микробной активности.

Если идти дальше, то в ряде случаев было продемонстрировано, что подвывих существовал до того, как произошло заражение. Известно, что у мужчины в течение многих лет был второй поясничный подвывих без каких-либо последствий, кроме склонности к запорам и появления эпидемии брюшного тифа, что привело к заражению этим заболеванием. Исправление подвывиха привело к излечению. Таких примеров можно привести множество. Ни один человек без необходимого подвывиха никогда не заражается микробным заболеванием, и необходимый подвывих может быть точно локализован при подавляющем большинстве таких заболеваний. К сожалению, невозможно найти человека, у которого нет *некоторых* подвывихов и, следовательно, который не подвержен *той* форме заражения.

Пока что хиропрактика согласуется с общими знаниями о микробных заболеваниях и их этиологии, просто добавляя объяснение восприимчивости, которого не смогли дать все другие методы исследования. В одном конкретном случае мы обнаруживаем явное несогласие.

Мы говорили, что предполагается, что несколько бацилл обладают способностью вызывать заболевание в здоровых организмах. Дифтерия - это заболевание, вызываемое одной из них. Тем не менее, хиропрактические приспособления быстро предотвратили развитие дифтерии, очевидно доказав, что организм способен реагировать достаточно сильно, чтобы победить даже этот микроб, при условии, что нервные каналы будут открыты для обеспечения его полной активности. Вполне вероятно, что все болезни подчиняются одному и тому же закону и что *ни один* микроб не может закрепиться в здоровой ткани. Хиропрактика подтверждает это как истину, и пока еще ни один опыт не опроверг ее; вера укрепляется с годами.

Эксперименты, которые, как утверждается, доказали, что определенные микроорганизмы могут поражать здоровые ткани, основаны на предположении, что тщательное обследование продемонстрировало отсутствие заболеваний у животных, на которых экспериментировали с прививкой. Поскольку эти эксперименты и эти обследования проводились без каких-либо знаний о подвывихах позвонков и, следовательно, без выяснения того, существовали ли скрытые слабости различных органов, мы сомневаемся в достоверности экспериментов. Наше собственное исследование позвоночников человека и животных до сих пор не позволило обнаружить ни одного совершенно нормального экземпляра.

Наш клинический опыт лечения дифтерии, по крайней мере, полностью опровергает выводы Пастера и других относительно ее происхождения.

Увеличение подвывихов

Было замечено, что во многих случаях подвывих, существовавший до заражения, во время лихорадочной и активной стадии заболевания больше и заметнее, чем раньше, и этот факт побудил некоторых неосторожных или недостаточно опытных пальпаторов предположить, что подвывих вызван болезнью.

Развитие микробной жизни сопровождается выделением токсинов большей или меньшей вирулентности, которые циркулируют по крови и воздействуют на весь организм. Этот яд, раздражая сенсорные нервы, вызывает двигательные реакции в раздраженных сегментах, и,

поскольку нормальное действие законов рефлекторного действия несколько нарушается из-за подвывиха, и поскольку мышцы непосредственно вокруг подвывихнутого позвонка имеют тенденцию давить на него с неравной нагрузкой, эта двигательная реакция, вероятно, *усилит* уже существующие нарушения соосности, особенно в том же сегменте тела, в котором вырабатывается яд и, следовательно, раздражение которого является наибольшим. Таким образом, подвывих наиболее выражен во время активности вызванного им заболевания и реакции на него, и, таким образом, заболевание, начавшееся как локализованный деструктивный процесс, может проявлять системные эффекты, воздействуя на другие патологические сегменты позвоночника.

ДИЕТА

Внутренний химический состав организма настолько сильно меняется в меняющихся условиях, работу любых двух разных организмов так трудно точно сравнить, что невозможно установить какое-либо правило питания, которое было бы надлежащим образом применимо ко всем пациентам или ко всем с одинаковым заболеванием или привычками организма. На самом деле, только поэкспериментировав с человеком, можно определить точно подходящую для него диету.

Из-за недостатка суждений или наблюдения за воздействием определенных продуктов на нас мы часто едим то, что наш организм не может должным образом переварить и ассимилировать. Иногда по случайности или небрежности мы употребляем пищу, которая подходит нам по виду, но неподходящего качества, возможно, частично разложившуюся. Неправильная пища, попадая в организм, имеет тенденцию оказывать пагубное воздействие на здоровье. Этот факт не должен приводить нас к поверхностным рассуждениям о том, что неправильная пища *вызывает болезни* или что диетические меры *вылечат* болезнь.

Некоторые хиропрактики считают, что потребность людей в определенных продуктах питания является надежным руководством к правильному питанию. В некоторых случаях это явно не соответствует действительности; примером может служить ненасытный аппетит выздоравливающего больного брюшным тифом. Но это, вероятно, было бы правдой, *если бы все люди были нормальными*. Тщательное наблюдение за несколькими исключительно хорошо развитыми и нормальными индивидуумами выявило интересный факт. Если у человека нет подвывиха в той части позвоночника, которая контролирует желудок, прием разлагающейся пищи, даже если изменения настолько незначительны, что их не замечаешь при поверхностном осмотре, вызывает немедленную рвоту, за которой не следует никаких неблагоприятных последствий. Лишь изредка можно встретить людей без подвывихов, каким-либо образом влияющих на желудок; в таких случаях организм быстро отторгает и изгоняет вредные вещества.

Это приводит нас к довольно удивительному выводу, что *нормальный человек не подвержен влиянию вредной пищи*. У большинства людей с той или иной степенью ненормальности неправильное питание оказывает явно неблагоприятное воздействие. Проходя через пищеварительный канал, он неправильно переваривается; вырабатываются токсины; они химически воздействуют на весь организм, возможно, приводя лишь к застою и воспалению

какой-либо части слизистой оболочки пищеварительного тракта, возможно, вызывая общую лихорадку, недомогание, диарею и другие последствия общего отравления.

Было обнаружено, что за надлежащей адаптацией в таких случаях следует быстрое облегчение, наиболее распространенным результатом которого является быстрое выведение вредных веществ путем рвоты и диареи со снижением температуры и уменьшением всех симптомов.

Также было замечено, что у людей, страдающих от диетических ошибок, часто обнаруживается увеличение степени подвывиха, контролирующего желудок или какую-либо часть тонкого кишечника, при напряжении прилегающих мышц. По мере привыкания и облегчения других симптомов мышечное напряжение имеет тенденцию исчезать. Эта двигательная реакция при раздражении пищевым ядом, несомненно, служит для *увеличения* уже существующего подвывиха, тем самым усиливая эффекты. Но для первичного действия пищевого яда требуется предшествующий подвывих, снижающий естественную защитную способность организма. Пищевое отравление часто является вторичной причиной заболевания.

Когда в каком-либо конкретном случае обнаруживается, что определенные продукты оказывают плохое влияние на течение заболевания, что симптомы усугубляются при приеме этих продуктов, от них необходимо отказаться. Однако ни в коем случае не нужно назначать жесткую диету. Каждому пациенту потребуется своя диета, и невозможно понять интимные химические взаимосвязи внутри организма в достаточной степени, чтобы установить надлежащую диету, кроме как экспериментальным путем.

Несколько слов о голодании. Если бы неправильная пища была основной причиной заболеваний, голодание было бы эффективным, хотя и несколько радикальным способом устранения причины заболевания и логичной процедурой. Поскольку неправильное питание является основной причиной заболеваний и поскольку природа требует пищи для восстановительных работ, которые стали возможными благодаря корректировкам, хиропрактикам казалось бы неразумным назначать голодание. Также хорошо помнить, что голодание и гиподинамия - синонимы, а их симптомы идентичны.

ЯДЫ

Любое вещество, попавшее в организм и непригодное для употребления в пищу, может считаться ядом. Большинство лекарств, вводимых в качестве лекарства или используемых обычно, либо непосредственно ядовиты и обычно так и считаются, либо ядовиты в том смысле, что они не накапливают, а скорее имеют тенденцию травмировать организм. Вредные вещества, случайно попавшие в организм; определенные продукты, входящие в состав других питательных продуктов, алкоголь, табак и т.д., воздействуют на организм в разной степени, но в соответствии с одними и теми же законами. Яды могут вырабатываться внутри организма в результате действия патогенных микробов или в результате неспособности организма переваривать пищу и предотвращать вредные химические изменения в ней. Некоторые даже говорили, что ненормальные психические состояния настолько влияют на обмен веществ, что вызывают образование определенных аутоксина, которые пагубно влияют на весь организм.

Каким бы ни был яд, который может появиться в организме, его присутствие связано с определенными вредными последствиями. Яд может быть разъедающим, разрушающим ткани везде, где он соприкасается; он может быть стимулирующим, воздействуя на нервы таким

образом, чтобы усилить их активность, в результате чего возникает реакция ослабления энергии; он может быть наркотическим, снижающим уровень какого-либо физиологического процесса ниже нормы.

Если человеку без подвывиха — и, следовательно, нормальному — ввести в организм яд, последует одно из двух последствий. Либо яда будет достаточно, чтобы вызвать смерть в течение короткого времени, и это произойдет, либо яд будет выведен из организма, и пациент выздоровеет естественным путем и без лечения, причем полностью.

Это утверждение идеального, а не реального. Факт в том, что до сих пор не было найдено ни одного человека без подвывиха в какой-либо части позвоночного столба. Сообщалось о редких случаях, но всегда от хиропрактиков, чьи заявления могут быть подвергнуты сомнению из-за несовершенной подготовки к пальпации позвонков или известной привычки делать необдуманные заявления. А в ослабленном организме, чья естественная защитная сила снижена, эффект иной.

Организм не в состоянии нормально вывести весь яд, и часть его остается в кровообращении, вызывая прогрессирующий вред. В дополнение к прямому воздействию яда на ткани, раздражение чувствительных нервов вызывает двигательную реакцию, которая усиливает подвывих в целом по всему позвоночнику, но особенно в том сегменте, в котором сенсорное раздражение является наибольшим. При попадании яда в желудок позвонки, поражающие этот орган, больше всего страдают от возникающих в результате двигательных нарушений. Когда вакцинный вирус вводится в руку, наибольшее воздействие оказывается на последние два шейных и первый спинной, вызывая усиление ослабления нервов, идущих к руке. Если вакцинация не “срабатывает”, то это потому, что организм настолько нормален, что способен воспринимать и быстро выводить яд или нейтрализовать его с помощью вырабатываемого внутри организма антитоксина.

Эта тенденция ядов усиливать уже существующие подвывихи привела многих к выводу, что *новые* подвывихи могут быть вызваны двигательными реакциями, вызванными ядом. Законы, управляющие рефлекторными действиями, делают это невозможным. Если приложить слабый стимул к сегменту, занимаемому данным и нормально расположенным позвонком, результирующее сокращение, как правило, возникает на той же стороне, что и раздражение, и — если его достаточно для подвывиха позвонка — тянет его в сторону раздражения. Если бы был применен более сильный стимул, результирующая реакция проявилась бы с *обеих* сторон и с достаточной интенсивностью на стороне, противоположной раздражению, так что разница между сокращениями с двух сторон никогда не была бы достаточной для преодоления неподвижности и инерции позвонка. Если в этой части теории можно усомниться, позвольте мне добавить, что если бы яды *могли* вызвать подвывих, они, несомненно, вызвали бы смещение позвонка *в* сторону раздражения, чего мы не наблюдаем в случаях отравления. Подвывих практически неизменен, он находится *вдали* от пораженной стороны. Такой подвывих вызывает наибольшее воздействие на стороне раздражения; единственный вид, который мог бы последовать за ядами, оказал бы свое действие на противоположной стороне.

В случаях острого отравления, которое может привести к быстрому летальному исходу, хотя немедленной коррекции может быть достаточно, чтобы вызвать выведение яда и выздоровление пациента, вероятно, разумнее всего ввести противоядие или вызвать врача с желудочным насосом. Точно так же следует вызвать пульмоториста для проведения газовой

асфиксии; но недавно был зафиксирован по крайней мере один случай, когда регулировка привела к запуску сердца, а искусственное дыхание восстановило сознание до прибытия пульмоториста. Существует несколько случаев острого отравления, если таковые вообще имеются, при которых корректировка не поможет. Иногда следует прибегнуть к другим мерам, не входящим строго в компетенцию хиропрактики.

Хронические отравления, такие как отравление свинцом при покрасочных работах, хорошо поддаются корректировкам, предусматривающим устранение вторичной причины - постоянного вдыхания паров свинца.

Яды могут ранить организм независимо от того, нормально это или нет; в таком случае их можно было бы правильно отнести к травмам. Но ни один яд не вызывает болезни иначе, как через ранее произведенный подвывих позвонка. Некоторый подвывих, которого никогда не было достаточно, чтобы вызвать активное заболевание, может быть настолько усилен действием ядов, что может иметь серьезные последствия, даже если яд уже давно выведен из организма, поскольку подвывих остается постоянным, пока на него не воздействует внешняя сила. При рассмотрении этиологии любого заболевания следует взвесить возможность его усиления под действием лекарств, наркотических привычек или диетических ошибок с учетом других доказательств.

РАЗОБЛАЧЕНИЕ

Под этим термином, в частности, подразумевается воздействие резких перепадов температуры. Тело может выдерживать очень высокую или очень низкую наружную температуру при условии, что изменение будет достаточно постепенным, чтобы механизм терморегулирования мог должным образом адаптироваться для защиты тела и поддержания равномерной температуры внутри. Внезапный переход из очень теплого помещения в очень холодную атмосферу; быстрое перемещение с холодного воздуха в перегретую квартиру; или внезапный порыв ветра, температура которого резко отличается от температуры окружающего воздуха и, следовательно, от состояния поверхности тела, могут иметь очень неблагоприятные последствия.

Кожа и слизистые оболочки тела привыкли к определенной температуре; изменение температуры вызывает у них раздражение. И непосредственным результатом является двигательная реакция, усиливающая подвывих в том же сегменте тела, в котором раздражение является наибольшим, и, вероятно, вызывающая сначала раздражение нервов в позвоночнике, а затем воспаление открытой поверхности. Таким образом, образуется “холод”. Тот, у кого нет подвывиха дыхательных путей — редкая степень нормальности, — может избежать насморка, бронхита или пневмонии, наиболее распространенных последствий, но может страдать от гиперемии стенок желудка или других частей тела. Говорят, что холод “поселился в желудке”. Дело в том, что двигательная реакция использует в своих интересах слабые части позвоночника и воздействует на них сильнее всего, подобно пагубной привычке вытягивать позвоночник, которая раньше преобладала среди хиропрактиков. Это объясняет, почему “насморк в голове” встречается так часто. Четвертый шейный позвонок расположен в средней точке шеи и очень свободно перемещается, легко поддается подвывиху и, фактически, смещается чаще, чем другие шейные позвонки.

Вредные или ядовитые пары могут оказывать эффект, идентичный эффекту резкого изменения температуры. Сон в плохо проветриваемом помещении часто приводит к “простуде”. Тщательное изучение части тела, подверженной сквозняку, и спиноорганических связей покажет, что в большинстве случаев эффект такого воздействия впервые ощущается в одном и том же сегменте тела.

Общеизвестно, что не все люди “подвержены простудным заболеваниям”. Один может быть “подвержен простуде легких”, другой - “простуде головы”. Восприимчивость полностью определяется состоянием позвоночника: человек, у которого нет срединно-шейного подвывиха, невосприимчив к насморку, даже если подвергается такому же воздействию, которое вызовет его у других. Пыльца растений вызывает сенную лихорадку у восприимчивых людей во многом таким же образом, как сквозняк вызывает насморк, причем оба они являются вторичными причинами.

ТЕЛЕСНЫЕ ИЗЛИШЕСТВА

В этом подразделении вторичных причин можно упомянуть переутомление, постоянную потерю сна, переедание, венерические эксцессы и т.д.

Они действуют таким образом. Растрачивая и чрезмерно используя ресурсы организма, они снижают общую жизнеспособность. Теперь, несмотря на наличие подвывихов в различных точках позвоночника, по каждому пораженному нерву все еще передается определенное количество Жизненной Силы, которая в определенной степени поддерживает функции тела и поддерживает его в состоянии активности, достаточном для удовлетворения обычных потребностей. Когда весь запас жизненных сил снижается из-за избытка, количество энергии, проходящей через каждый нерв в теле, уменьшается, но эффект такого уменьшения сильнее всего ощущается там, где есть подвывихи. При высоком приливе жизненных сил подвывихов, возможно, недостаточно, чтобы вызвать серьезное заболевание. При низком приливе остро страдает каждый орган, нерв которого задет. В таких условиях организм гораздо более подвержен неблагоприятным воздействиям, ударам и сотрясениям, заражению, действию холода или переохлаждения. Таким образом, избыток телесных веществ выступает вторичной причиной заболеваний.

НЕНОРМАЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

Есть много людей, которые верят, что страха, беспокойства, ненависти, горя и т.д. Самих по себе достаточно, чтобы вызвать болезнь в нормальном организме. Шок, вызванный кончиной близкого человека, или какой-либо глубокий позор иногда считаются причиной смерти или быстрого ухудшения здоровья, которое заканчивается фатально.

Неспособность Суггестивной терапии излечить болезнь, за исключением случаев, когда она в значительной степени воображаемая, скорее свидетельствует против этой теории. Верно также, что правильная хиропрактика не только приводит к излечению болезни, очевидно вызванной ненормальными психическими состояниями, но и, восстанавливая надлежащее кровоснабжение и питание мозга, способствует более счастливому психическому состоянию пациента. Даже безумие в ряде случаев было излечено с помощью хиропрактики.

Мы считаем, что беспокойство, страх и т.д. ненормальны; что они возникают из-за неправильного выражения Ума через неупорядоченные клетки мозга. “Болезни разума” в самом строгом смысле не могут возникать, это только болезни физического носителя, через который разум выражается и транслируется на физический план бытия — мозга.

Состояние ненормального ментального выражения или активности, особенно беспокойство, страх или гнев, вероятно, имеет двойной эффект: оно быстро растрчивает энергию организма и, подобно избытку в организме, делает каждый подвывих более эффективным; возможно, что оно также действительно может производить аутоксины, вырабатываемые ненормальной деятельностью мозга и отрицательно влияющие на метаболизм организма. Таким образом, болезнь возникает под действием ненормальных психических состояний как вторичных причин.

Они сами по себе являются результатом подвывиха первого или второго, иногда третьего шейного отдела, затрагивающего нервы, которые контролируют кровоснабжение мозга и, следовательно, его питание. Исправление подвывиха приводит к их исчезновению.

ВОСПАЛЕНИЕ

Воспаление - это болезненный процесс, характеризующийся наличием повышенной температуры и одним или несколькими симптомами, болью, покраснением и отеком. Он отличается от лихорадки тем, что локализуется локально, в то время как лихорадка представляет собой общее функциональное нарушение, проявляющееся повышением температуры, усиленным катаболизмом, снижением секреции и т.д.

Наш клинический опыт лечения лихорадок заставляет нас согласиться с выводом Мечникова о том, что основным феноменом воспаления является гиперемия. От гиперемии зависят отек, боль и местное увеличение выработки тепла. Гиперемия, в свою очередь, зависит от нарушения работы сосудодвигательных нервов либо как прямой результат некоторого локального подвывиха, либо как косвенное следствие местного раздражения.

Недавно приобретенный подвывих вызывает острое раздражение преганглионарных аксонов, которые соединяют спинномозговые нервы с симпатическими ганглиями. Если эти ганглии посылают постганглионарные аксоны, которые выполняют сосудодвигательную функцию, воспаление может возникнуть без вмешательства какой-либо вторичной причины. С другой стороны, может иметь место подвывих, вызывающий слабость какой-либо части; при повреждении этой части или введении ядов или раздражающих веществ, таких как микробная инфекция, поражаются конечные органы чувств, и последующая двигательная реакция усиливает подвывих; это небольшое усиление вызывает острое раздражение нерва и гиперемия с вытекающими из этого явлениями. Вкратце, раздражители вызывают воспаление, только действуя через позвоночник. Если позвоночник нормальный, этих раздражителей недостаточно, чтобы вызвать болезненный процесс. Местное воспаление имеет тенденцию к выработке токсинов, особенно если оно бактериального происхождения, что, в свою очередь, может повлиять на весь организм — эффект, который будет обсуждаться ниже. Исключение должно быть сделано в тех травматических случаях, когда гиперемия необходима для процесса репарации и которые сопровождаются тем, что в норме можно назвать повышенным выделением тепла. Это благотворное и восстанавливающее состояние нельзя назвать болезнью или болезненным процессом.

Нормальная температура тела зависит от поддерживаемого баланса между теплопродукцией и ее расходом. Этот баланс поддерживается с помощью сложного нервного механизма, состоящего из различных очагов в таламусе, продолговатом веществе, спинном мозге и симпатических ганглиях, а также сети сообщающихся аксонов как спинномозговой, так и симпатической систем, контролирующей количество крови, проходящей через любой данный участок тела в данный момент времени, секрецию потовых желез, внутренние метаболические процессы и т.д. Наиболее важными являются сосудодвигательные нервы, непосредственно, но не изначально происходящие от симпатических, и регулирующие размер и калибр всех кровеносных сосудов, чтобы контролировать количество крови, текущей к поверхностным капиллярам и через них, с одной стороны, или к глубоко расположенным органам, вырабатывающим тепло, с другой. Более семидесяти процентов тепловых затрат организма происходит через кожу в результате испарения, излучения и прямой проводимости. Основная часть теплопродукции приходится на мышцы и паренхиматозные органы, такие как печень, селезенка и т.д., где активен обмен веществ.

Этот механизм настолько тонко отрегулирован, что при снижении температуры наружного воздуха количество крови, поступающей к коже, рефлекторно уменьшается, в то время как выработка внутреннего тепла увеличивается, а температура тела сохраняется на нормальном уровне. И наоборот, тело обильно потеет, а поверхность приливает к крови при высокой температуре, так что выработка тепла уменьшается, а его выделение ускоряется, что опять же способствует поддержанию ровной и нормальной температуры.

Нервный механизм реагирует на многие и различные формы раздражителей — термические, эмоциональные, механические, физиологические потребности, токсические. Циркулирующие яды могут воздействовать на бульбарный центр и вызывать общую лихорадку. С аналогичным результатом можно стимулировать ряд центров в сером отделе позвоночника. Или же это может быть чисто местное раздражение, которое приводит к местной гиперемии и воспалению.

Всегда будет обнаружено, что основная причина любого необратимого нарушения работы механизма заключается в подвывихе позвонков, затрагивающем некоторые нервы и, таким образом, выводящем механизм из его естественного равновесия. Другие формы нарушения являются преходящими, и сама природа механизма делает его обычно способным приспособляться к термическим, механическим или эмоциональным стимулам за короткое время. Только подвывих приводит к постоянному повышению температуры. Когда такое повышение действительно происходит, возникает множество сопутствующих изменений, повышенный катаболизм, уменьшение секреции, анорексия, иногда психические изменения, такие как бред или кома. Лихорадки варьируются в зависимости от пораженной части нервного механизма и действия любых вторичных причин.

Лихорадка, вызванная только подвывихом позвонка без какой-либо вторичной причины, вызванной операцией, встречается очень редко. Обычно лихорадка возникает таким образом. Возникает подвывих, который ослабляет ткани и допускает инвазию микробов; токсины попадают в кровоток в результате действия микробов, а двигательная реакция увеличивает первоначальный подвывих и вызывает местное воспаление; активности микробов способствует возрастающая степень аномалии, и токсины от быстрого разрушения тканей добавляются к уже присутствующим. Затем кровь, насыщенная ядом, воздействует на общие центры терморегуляции, кровь становится внутренне насыщенной, и возникает озноб (внутренняя

лихорадка), за которым следует общее повышение температуры. На этом этапе любой ранее существовавший подвывих, вероятно, усилится и добавит свою долю вреда к быстро развивающейся картине.

Наша задача состоит в том, чтобы найти исходный подвывих, который контролирует место первоначального патологического изменения, и исправить его. Почти во всех случаях, когда это делается, даже частично, организм получает возможность справиться с оставшимися повреждениями и вывести накопленные токсины. Нередко температура падает на два градуса через пять-десять минут после правильной регулировки. Мы всегда ожидаем отмены или контроля температуры в течение двадцати четырех часов или меньше.

Бывают случаи, когда температура падает после регулировки, но вскоре снова повышается. Это указывает на вирулентность аутоинтоксикации или на то, что действует какая-то другая область производства яда, отличная от той, которую должна была контролировать наша первая корректировка. Правильный диагноз позволит провести конкретную корректировку и проверить практически любую лихорадку, за исключением хронической, при которой уже произошло значительное разрушение тканей; даже некоторые из них поддаются лечению.

Самая распространенная причина лихорадки находится в пятом или шестом спинном позвонке, давно известном как Центральное место, или Очаг лихорадки. Здесь возникает множество преганглионарных волокон, которые передают свои импульсы через нижние нейроны симпатической системы к целиакальному сплетению, а оттуда кровеносным сосудам, снабжающим большую часть внутренних органов брюшной полости. Регулировка здесь вызывает внезапное сокращение этих сосудов брюшной полости и выталкивание крови на поверхность с быстрым охлаждением.

Однако часто за этой регулировкой следует повторное вправление, которое указывает на необходимость вправления какого-либо другого позвонка. Многие лихорадки, такие как брюшной тиф, пневмония, тонзиллит и т.д., поддаются специфической местной коррекции без какого-либо вовлечения так называемого Центрального места.

Я уже говорил, что мы рассчитываем контролировать или купировать лихорадку с помощью коррекции позвоночника. Тот факт, что мы это делаем, и что чем быстрее мы достигаем результата, тем быстрее происходит выздоровление и тем меньше вероятность осложнений и последствий, громко свидетельствует против правильности любой теории, которая предполагает, что лихорадка является полезным и очищающим процессом. Согласно такой теории, было бы совершенно неправильно и опасно купировать лихорадку, но разумнее поощрять ее течение. При хиропрактике верно прямо противоположное. Сам факт, что лихорадка *действительно* уменьшается и исчезает при надлежащем регулировании, является доказательством того, что она ненормальна, поскольку корректировка ни в коем случае не приводит к ослаблению нормальных процессов, а только к восстановлению нормальности, независимо от того, каким образом функции организма вышли из этого состояния.

Все клинические данные, собранные хиропрактиками в отношении воспалений и лихорадок, как правило, подтверждают правильность изложенных здесь теорий. Лихорадка играет определенную роль в столь многих заболеваниях, что было сочтено целесообразным рассмотреть этот вопрос в отдельном разделе.

В ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подвывих позвоночника является первичной причиной всех истинно патологических состояний. Благодаря его существованию становится возможным действие большого количества вторичных причин. Ни на основании какой другой гипотезы мы не можем объяснить значительный процент излечений от всех известных классов заболеваний благодаря специфической коррекции позвоночника.

ПРОЦЕСС ОТВЕРЖДЕНИЯ

Природа - единственное настоящее *целебное* средство. Ни внушение, ни манипуляция, ни приспособление, ни любой другой известный метод, применяемый Человеком для искоренения болезни, сами по себе не обладают какой-либо исцеляющей силой. Ни один человек не обладает силой сделать больше, чем пробудить жизненную энергию пациента настолько, чтобы тело исцелилось само.

Мы содержим в своих собственных телах возможности совершенной нормальности. Если бы не вмешательство могущественной внешней силы, мы оставались бы нормальными от рождения до смерти, а сама смерть наступила бы только в результате одновременного износа всех частей человеческого механизма. Хиропрактик, в той мере, в какой его работа достигает своей цели, помогает организму, корректируя смещенную структуру и предоставляя организму свободную и беспрепятственную возможность для проявления его собственных сил самовосстановления. Возможно, будет интересно и поучительно проанализировать процесс лечения и изучить точные эффекты вправления позвоночника, как мы изучили точные эффекты подвывиха позвоночника.

Лечение простого подвывиха

Острый подвывих, то есть такой, который полностью возникает в результате сотрясения мышц в течение двадцати четырех или сорока восьми часов до момента вправления, редко вызывает состояние, которое можно было бы назвать каким—либо конкретным заболеванием. Симптомы - это симптомы “вывихнутой спины”, если таковые имеются. Обычно для исправления такого подвывиха достаточно одной коррекции, точно так же, как одно движение может исправить вывих плечевой кости в течение того же периода, и любые симптомы быстро исчезают. Вероятно, это максимальная польза, которую можно извлечь из коррекции, и лучшее время для ее проведения, потому что после нее позвоночный столб остается в абсолютно нормальном состоянии и не более восприимчив к дальнейшим толчкам, чем до травмы. Все заболевания, которые могли возникнуть в результате этого подвывиха, были полностью предотвращены.

С более старыми подвывихами нужно обращаться по-другому, потому что они представляют собой другое состояние. Адаптационные изменения произошли в форме самого позвонка и каждой окружающей ткани по мере того, как они готовятся наилучшим образом использовать свое положение. Но после смещения позвонок теряет свое равновесие и нарушает или изменяет рефлекторные дуги, проходящие по его нервам, так что он становится более склонным реагировать на дальнейшие приложенные усилия или на мышечные сокращения внутри тела

дальнейшим изменением положения. За такими изменениями всегда следует дальнейшая адаптация окружающих деталей.

Степень поражения нерва должна изменяться в соответствии с развивающимся неправильным положением, и таким образом, постепенно, последовательными шагами, заболевание развивается в области периферического распространения нервов. Нерв находится под винтом для большого пальца, который постепенно затягивается.

Чтобы отрегулировать положение такого позвонка, требуется много последовательных движений. Кажущееся полным и свободным движение при подвывихе наталкивается на упругое сопротивление плотно упакованных тканей и натяжение измененного межпозвоночного диска — деформирует эти ткани — и восстанавливается так, что почти, но не совсем, занимает свое прежнее ненормальное положение. Величина, полученная при однократной корректировке, редко может быть оценена пальпацией. На ощупь может показаться, что никаких изменений не произошло, за исключением случаев в шейной области. Но при повторных регулировках будет обнаружено, что позвонок приблизился к своему нормальному положению. Иногда через несколько недель, иногда через несколько месяцев прирост становится ощутимым, а затем, возможно, видимым глазом у худых испытуемых.

Таким образом, устранение последствий удара обычно не является мгновенным процессом, а осуществляется постепенными шагами. Каждое движение позвонка сопровождается ударом по нерву, на какую-либо часть которого давит кость, что может вызвать некоторое нарушение в пораженных органах и даже на какое-то время может показаться, что заболевание усугубилось. Некоторая боль вокруг позвонка может сопровождать необходимые адаптационные изменения формы, которые возвращают тканям их надлежащую форму и соотношение.

По мере постепенного ослабления защемления нерва заболевание постепенно видоизменяется и, наконец, исчезает. По мере того, как курс корректировок приближается к своему завершению и воздействие уменьшилось до сравнительно незначительного, может наступить стадия раздражения нерва, которая является повторением первых шагов, появившихся при развитии заболевания. Поскольку большинство подвывихов появляются не все сразу, а в результате ряда изменений, поэтому заболевание развивается синхронно, переходя из стадии в стадию с изменениями в поражении. Часто он проходит сначала острую и активную стадию из-за раздражения, а затем хроническую и сравнительно пассивную стадию из-за более сильного, тормозящего воздействия.

При корректировке эти последовательные стадии, как правило, повторяются в обратном порядке, причем наиболее тревожные иногда проявляются последней и непосредственно перед завершением лечения. Следует помнить, что с того момента, как один практикующий врач вводит лекарство или другое средство, а другой вправляет позвонок, клинические течения сильно различаются. Ни в одном учебнике по медицинской практике до сих пор не описано клиническое течение различных заболеваний, подлежащих корректировке хиропрактикой.

При хронических заболеваниях, при которых парализованы нервы, может быть период адаптации, в течение которого никаких видимых изменений не наблюдается. За этим следует период быстрого усиления, ведущий к полному выздоровлению. Это может быть объяснено тем фактом, что нервы дегенерировали и должны быть восстановлены на всем их протяжении, прежде чем восстановится связь между нервными центрами и периферическими органами.

Когда это восстановление достаточно завершено, чтобы можно было общаться, лечение действительно продвинулось далеко вперед, хотя признаки этого появляются только тогда. Это было отмечено, особенно при локомоторной атаксии.

Излечение микробного заболевания

Во-первых, при регулировке снимается острое или резко усилившееся воздействие. Сразу же регулируется калибр кровеносных сосудов и сдерживается разрушительное действие лихорадки. В то же время жизнеспособность местной ткани, в которой активны микробы, внезапно повышается, и начинается борьба между организмом, представленным его фагоцитами и химическими веществами аутозащиты, и микробами, которая, если продолжать коррективы, приводит к быстрому уничтожению колонии микробов. Кроме того, выведение токсинов, уже находящихся в организме, происходит так быстро, что, если удастся контролировать лихорадку, организму требуется совсем немного времени, чтобы полностью преодолеть и уничтожить микробы.

Лечение психических заболеваний

Так называемые психические заболевания обычно зависят от нарушения кровоснабжения мозга, контролируемого шейным симпатическим отделом. Корректировки, снижающие давление на симпатические ганглии или спинной мозг и, возможно, прямое воздействие на позвоночные артерии, восстанавливают нормальное кровообращение в головном мозге. Время, необходимое Природой для излечения, зависит от скорости, с которой удаляется зараза, а также от объема и характера повреждения мозговой ткани, которое должно быть восстановлено. Лечение часто требует времени для замены материалов в клетках мозга или волокнистых путях, с помощью которых они реконструируются и снова становятся способными выполнять нормальные функции.

Лечение диетических заболеваний

Когда подвывих устранен или частично устранен, аппетит меняется, и тяга к еде становится более нормальной. Корректировки могут уменьшить ненасытный аппетит, усилить слишком капризный или устранить извращенный. В то же время желудок получает возможность более правильно переваривать свое содержимое, кишечник - принимать его и продолжать работу, а ткани - усваивать то, что к ним поступает. Организм выводит шлаки с меньшими усилиями, и в некоторых крайних случаях первым результатом корректировки может стать рвота и диарея и, таким образом, очищение пищеварительного тракта от материалов, которые стали непригодными.

Если придерживаться вредной диеты, эффект корректировок будет частично нейтрализован, поскольку яды, вырабатываемые в организме, усиливают подвывих, в то время как корректировка направлена на их устранение.

Лечение случаев отравления

При остром отравлении через пищеварительный канал, а иногда и при подкожном введении яда, организм избавляется от угрозы своей целостности посредством рвоты, диареи и повышенного выделения мочи. Хронические случаи скорее склонны к постепенному всасыванию и выведению ядов из организма, и их излечение зависит от прекращения

отравления; то есть бесполезно пытаться вылечить больного морфином, пока пациент все еще принимает препарат.

При остром отравлении мышечное сокращение часто усиливает подвывих и нейтрализует эффект коррекции, так что становится необходимым проводить очень частые корректировки до тех пор, пока не будет достигнуто облегчение.

Излечение от контактной болезни

После устранения острого раздражения нервов, возникшего в результате воздействия и вызвавшего раздражение, возможно, путем первой корректировки, если воздействие не повторяется, организм самовосстанавливается с большой скоростью, сравнительно легко восстанавливая нанесенный ущерб.

Лечение Телесной Избыточной болезни

Это зависит от природы избытка. Если это переедание, возможно, более умеренная диета сама по себе и без корректировок позволит организму избавиться от вредных последствий и восстановить общее равновесие. Корректировки помогут и ускорят этот процесс. Венерический эксцесс чаще всего порождается неправильным состоянием ума, возможно, требующим внимания как психическое расстройство, или раздражением половых органов, которое требует местной коррекции для его облегчения. Нормальность репродуктивного тракта приводит к нормальной забывчивости, а либидозные привычки всегда предполагают сексуальную слабость или заболевание. Часто там, где лечение было бы возможно при наличии правильных привычек, никакое лечение не может быть достигнуто без их коррекции. Может помочь небольшой хороший здравый совет, который пробудит в пациенте желание к сотрудничеству. У мальчиков с привычкой к мастурбации мало шансов на благоприятные результаты при энурезе или нервных расстройствах, если не будет понята и преодолена вторичная причина.

ДОПОЛНЕНИЯ

В этой связи автор не может удержаться от ссылки на использование других методов для облегчения течения заболевания в сочетании с корректировкой мануальной терапии. Из предыдущего изучения законов, управляющих причиной и лечением болезни, будет видно, что терапевтические методы имеют мало прямого отношения к устранению болезни. Логическим методом осуществления лечения является устранение причины. Поскольку подвывих всегда является основной причиной, его исправление всегда является логическим методом осуществления лечения. Не иногда, *авсегда*.

Мы знаем, что при устранении подвывиха организм естественным образом самовосстанавливается. Можем ли мы ускорить и облегчить это заживление с помощью стимуляторов или наркотиков? Логика говорит "нет"; опыт говорит "нет": использование любого метода, который воздействует на болезнь помимо ее первопричины и воздействует на некоторые следствия этой причины, не затрагивая саму причину, несовместимо с верой в хиропрактику.

Введение ядовитых препаратов в здоровый организм считается отравлением; их введение в больной организм также является отравлением, симптомы которого в сочетании с болезнью вызывают различные внешние признаки. Голодание - это истощение. Массаж - это стимуляция или торможение. Спондилотерапия означает истощение спинномозговых нервных центров при буйном расходе их накопленной энергии.

Потребовалась бы мудрость, превосходящая человеческую, чтобы улучшить естественные процессы заживления, которыми было обеспечено тело. Все наше дело должно заключаться в устранении препятствий, препятствующих полному проявлению этой целительной силы, — подвывихов, — устранять их ловко и решительно и никаким другим способом не вмешиваться.

Другие методы могут служить и служат для рассеивания или модификации болезни, но не для ее излечения - если только они не затрагивают подвывихи, что иногда делают непреднамеренно. Этот случайный корректирующий коэффициент не имеет ценности при наличии научной и разумной корректировки.

Пусть медицина, остеопатия, спондилотерапия, христианская наука, массаж и Электричество работают в своей области. Это не наше. Также ни один из этих методов нельзя рационально сочетать с хиропрактикой. Их основные принципы противоречат нашим; их применение влияет на результаты адаптации. Если вы утверждаете, что хотите устранить причину заболевания, *сделайте это* и не портите свою работу устранением последствий.

СПИНООРГАНИЧЕСКОЕ СОЕДИНЕНИЕ

В предыдущем разделе было сказано, что когда подвывих и заболевание связаны, подвывих всегда предшествует заболеванию и что первое является причиной, а второе - следствием. Мы настолько ясно понимаем этот закон, что можем сказать, *какой* подвывих может вызвать определенное заболевание, и ошибаться лишь в том количестве случаев в процентах, в каком имеются отклонения от обычной структуры позвоночного столба и нервной системы.

Но просто утверждать, что второй дорсальный подвывих вызывает сердечные заболевания, недостаточно. Мы должны знать, почему и как это вызывает болезни сердца и, возможно, какой-то другой подвывих иногда может иметь подобный эффект. Мы должны наметить сферу пагубного влияния каждого возможного подвывиха, чтобы, когда наши пальцы сталкиваются с ним, это сразу и неизбежно наводило на мысль о его возможных последствиях, из которых с помощью диагностических методов мы могли бы выбрать тот, на который указывает большинство симптомов. И мы должны знать отношение каждого нерва в теле к периферическим органам и их функциям, чтобы, когда мы сталкиваемся с несомненными признаками какого-либо функционального или органического заболевания, мы могли точно знать, где в позвоночнике искать его причину.

Мы узнали, как обнаружить подвывих, как его скорректировать и как эта коррекция позволяет естественным образом устранить его аномальные последствия. Теперь мы должны точно узнать,

где то следует применять корректировку для любого данного органа в организме или для любого заболевания. При интерпретации этого утверждения и всех последующих в этом разделе следует понимать, что никогда не следует вправлять позвонок только потому, что утверждается, что он является причиной заболевания, которое, как предполагается, существует у пациента. Ни один позвонок не должен смещаться, если пальпация не определит, что у него подвывих. Скорее, пусть будет известно, что, *как правило*, сделанные здесь заявления о спиноорганической связи поддаются проверке при пальпации. В хиропрактике нет правил без некоторых исключений, и простая диагностика заболевания, как известно, слишком ненадежна, чтобы служить руководством к адаптации без проверки натренированного прикосновения.

Область исследования

Мы хотим знать связь, существующую между каждой частью Нервной системы и другими частями, а также между каждой частью и другими органами тела. Особенно мы хотим понять связь между каждой частью Нервной системы и позвоночным столбом, из-за которой постоянные подвывихи последнего мешают работе первого и, следовательно, периферическим органам.

Это требует общих знаний анатомии, физиологии и патологии, которыми, как мы предполагаем, обладает читатель, чтобы мы могли представить только факты, на которые следует обратить его особое внимание. Давайте начнем с отношения нервной ткани к другим тканям там, где это отношение можно понять наиболее ясно, а именно с развития человеческого эмбриона.

Сегментация

Целостный человеческий организм представляет собой запутанный сплав серии сходных, но специализированных соматических сегментов, каждый из которых обладает большинством атрибутов простого животного, хотя для возникновения феноменов высшего животного необходимы объединение и координация всех.

Эмбрион состоит из таких сегментов, расположенных так, чтобы их центры находились на одной осевой линии. Каждый сегмент содержит в ассоциации, которая является морфологической, физиологической и анатомической, сегмент нервного вещества и соматический сегмент (тело). Нервные сегменты расположены вплотную друг к другу таким образом, чтобы образовать рудиментарное начало всей центральной нервной оси тела взрослого человека; соматические сегменты сливаются воедино с несколько неопределенными линиями расщепления, которые впоследствии становятся гораздо более неопределенными и неясными из-за изменений относительной формы из-за различий в скорости роста различных частей или произвольных изменений, следующих за функциональной непригодностью в различные периоды. Грей говорит: “Внутренне сегментарная природа спинного мозга выражается в связи каждого определенного сегмента с соматическим сегментом, снабжаемым его нервом”.

В пределах каждого сегмента в ранний период можно наблюдать миграцию клеток со стенок примитивной нервной трубки и амебоидную проекцию аксонных и дендритных отростков из этих клеток, которые служат для передачи других тканей сегмента под контроль нервных элементов; происходит как бы принятие командования на себя со стороны нервной системы,

так что эпителиальные, соединительные и мышечные ткани каждого сегмента связаны сенсомоторной и вегетативной координацией посредством контактной ассоциации разветвляющихся их нервов - сенсомоторных, потому что нервные элементы находятся в разных частях тела. нервы в настоящее время являются носителями единственной силы, способной стимулировать активность любого рода в других тканях, вегетативной, поскольку функции роста, питания и восстановления в каждой соматической клетке зависят от непрерывности связи между ней и низшей нервной клеткой в нервном пути, который соединяет ее с высшими двигательными и сенсорными центрами.

Развитие нервной системы

Уже можно отметить намек и пророчество о той будущей сегментарной организации, благодаря которой становится возможным смещение какого-либо позвоночного позвонка и, таким образом, начало болезненного процесса, который может распространиться по всему сегменту тела, вовлекая вместе нервные и соматические элементы. Уже сейчас простая организация начинает быстро усложняться, и ее трудно отследить.

Клеточные массы начинают мигрировать от стенок примитивной нервной трубки в латеральное положение, становясь спинномозговыми ганглиями; они посылают длинные дендритные отростки, которые чудесным образом прокладывают свой путь к заданному периферическому соединению, которое должно привести некоторую кожную, или мышечную, или суставную ткань в сенсорную связь с дорсальной, или Сенсорной, частью спинного мозга и через нее с мозгом; в то же время они направляют свои аксонные отростки внутрь, чтобы смешиваться с дендритами других сенсорных клеток, остающихся в центральной оси, и сообщаться с ними, формируя серое вещество спинного мозга. шнур и, таким образом, мигрируя, поддерживают связь как с центральной осью, так и с периферией. Другие клеточные массы мигрируют вентролатерально, образуя симпатические ганглии, и они также посылают афферентные и эфферентные процессы, которые устанавливают связь, с одной стороны, с периферией, а с другой - с источником, из которого развились клетки, то есть с местом, которое должен занимать спинной мозг. С этой точки зрения видно, что симпатическая система является просто ответвлением от того же источника, что и вся остальная периферическая нервная система, просто механизмом для правильного распределения нервных импульсов от центральных органов, и что она сохраняет свою связь во всех своих частях с этими органами. Его ганглии, как и ганглии спинного мозга, всегда и с самого начала находятся под властью верхнего, или головного, конца нервной трубки.

Этот головной конец быстро расширяется. Его рост происходит быстрее, чем у остальной нервной трубки, и из его стенок путем пролиферации развиваются структуры головного мозга, среднего и заднего полушарий. Он также выделяет ганглиозные массы, из которых вырастают сенсорные отростки, образующие афферентные элементы черепных нервов, и содержит, подобно спинному мозгу, двигательные ядра, или очаги, из которых двигательные аксоны растут к периферии, вступая в связь с определенно заданными органами.

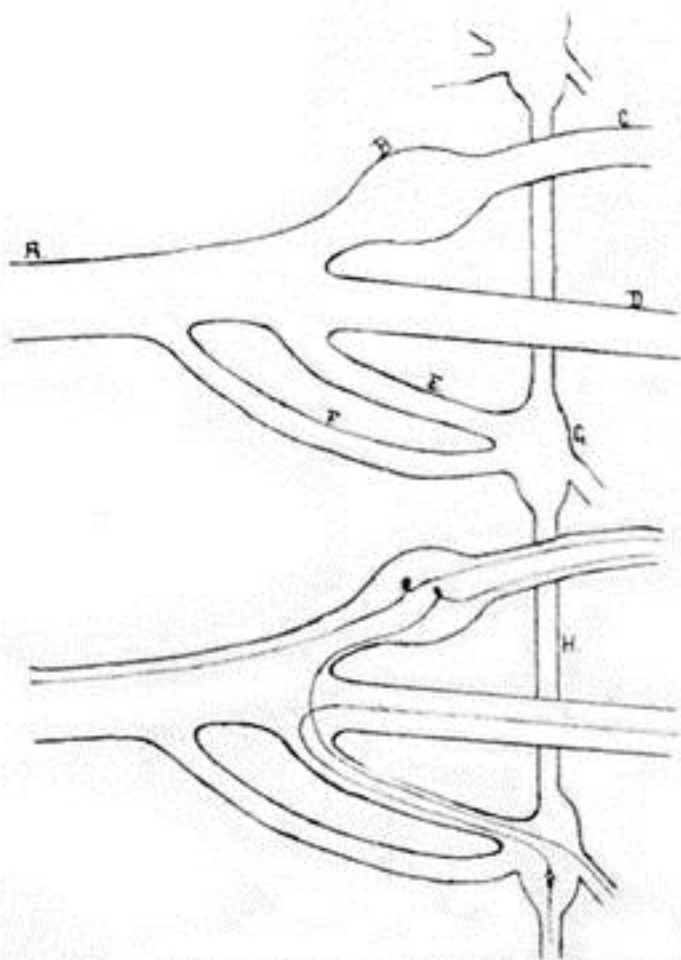
Позвоночный столб и череп

Теперь появляются примитивные хрящевые и перепончатые элементы, из которых должна быть построена костная стенка вокруг центральной нервной оси, примитивные позвонки, верхний из

которых известен как черепной и насчитывает четыре, а нижний, или спинной, обычно насчитывает тридцать три. Эти костные структуры развиваются вокруг головного и спинного мозга. Позже головные позвонки сливаются в твердый свод, черепную коробку, полностью закрытую, за исключением различных отверстий для прохождения спинного мозга, нервов и кровеносных сосудов. Последующие двадцать четыре позвонка остаются отдельными и подвижными друг на друге и оставляют между ними отверстия для выхода спинномозговых нервов. Последние девять сегментов в конечном итоге сливаются в два неподвижных или ложных позвонка, называемых крестцом и копчиком. Эти последние также содержат отверстия, от которых отходят нервы.

Нервная система взрослого

Когда это развитие и рост новых частей завершается, Нервная система предстает как набор сложных органов, состоящих из центральной оси, головного и спинного мозга и периферических соединений, состоящих из сорока трех пар непосредственно прикрепленных нервов (12 черепных и 31 спинномозговых) с двумя большими ганглиозными тяжами и многочисленными другими симпатическими ганглиями и сообщающимися тяжами, расположенными вне оси скелета, но тесно сообщающимися с ней посредством обмена пучками волокон между симпатическими и спинномозговыми нервами.



Schematic diagram of Spinal nerve and Rami.

A: Spinal nerve. B: Spinal ganglion. C: Posterior nerve root.
 D: Anterior nerve root. E: White ramus communicans. F: Gray
 ramus communicans. G: Sympathetic ganglion. H: Sympathetic cord.

After Gray's

Принципиальная схема спинномозгового нерва и ветвей.

A: Спинномозговой нерв. B: спинномозговой ганглий. C: задний нервный корешок. D: передний нервный корешок. E: Белая соединительная ветвь. F: Серая соединительная ветвь. G: Симпатический ганглий. H: симпатический канатик.

После Грея
Паркер

31. Взаимозаменяемость пучков волокон между спинномозговыми и симпатическими нервами.

Но мы, которые рассматривали эмбриональное развитие даже кратко и в общих чертах, понимаем, что все эти сложные органы представляют собой просто совокупность нейронов, каждый нейрон состоит из тела клетки, одного или нескольких аксонов и дендритов; что нервные клетки являются управляющими элементами, а аксоны - центробежными переносчиками нервной энергии, в то время как дендриты представляют собой центростремительные отростки, посредством которых каждая нервная клетка получает сообщения.

Ось Тела

Череп и позвоночный столб, взятые вместе, составляют костную ось тела, центр организации скелета; к этим частям прикреплены другие скелетные структуры, нижняя челюсть, ребра и грудина, конечности, классифицируемые как аппендикулярная часть скелета. Точно так же прикреплены, прямо или косвенно, произвольные мышцы, которые двигают скелет, а также сосуды и внутренние органы. Любая данная структура в теле может быть прослежена до поддерживающей связи с этой костной осью.

Костная ось содержит нервную ось. Её прочность и монолитность таковы, что позволяют сохранить целостность наиболее жизненно важных тканей организма от любых форм травм, если такая защита возможна. Через отверстия в костной оси —отверстия — центральные нервные органы отдают или принимают нервные пучки, которые обеспечивают их связь со всеми другими структурами тела. И тело устроено так, что каждая отдельная его часть частично или полностью находится под контролем нервов, выходящих через эти отверстия. Даже головной и спинной мозг сами по себе реагируют на изменения в кровеносных сосудах, которые контролируются нервными импульсами, проходящими через межпозвоночные или черепные отверстия и возвращающимися другими путями для питания мышечных оболочек сосудов.

Сотрясение Сил Влияет На позвоночник

Возвращаясь на мгновение к примитивному устройству сегментов, которое, тем не менее, является устойчивым и важным, поскольку у завершённого человека правильность контуров сегментов полностью утрачена, а аномальные органы сдвинулись со своих первоначальных позиций, унося с собой нервную систему, давайте сначала сформулируем, а затем проиллюстрируем общий закон.

Любое насилие, применяемое к телу, имеет тенденцию воздействовать на позвоночник. Такое насилие приводит или не приводит к необратимому смещению сегмента позвоночника в зависимости от того, удастся ему преодолеть внутреннее сопротивление или нет. Но какое бы воздействие на позвоночник ни было произведено, наиболее заметно это проявится в том же сегменте тела, к которому было применено насилие. То есть сила, приложенная к любому сегменту тела, имеет тенденцию к подвывиху позвонка, который задевает нервы, управляющие этим сегментом. Таким образом, болезни в первую очередь сегментарны, а затем становятся

общими, точно так же, как организм в первую очередь сегментарен, а затем разделен на сложные функциональные системы, все более или менее взаимозависимые.

Если человек падает так, что удар приходится сначала на точку плеча, сила передается почти прямо через линию позвоночника под прямым углом и может привести к подвывиху шестой или седьмой шейной или первой спинной мышцы. Если возникает подвывих, то это происходит потому, что закон всемирного тяготения заставляет остальную часть тела продолжать двигаться вниз после удара плечом и до тех пор, пока оно тоже не успокоится. Подвывих, который возникает в результате удара по левому плечу, является правым, и наоборот. Плечевое сплетение в основном контролируется этими тремя позвонками, и правый подвывих имеет тенденцию затрагивать большинство нервов с левой стороны, так что, если последует какой-либо постоянный эффект падения, это будет постоянная слабость или заболевание левого плеча или руки с возможными незначительными растяжениями вдоль других ветвей того же сплетения, например, широчайшей мышцы спины. Также из-за внутренних симпатических связей из этой же области могут быть затронуты гортань, трахея или крупные бронхи, иногда сердце, все структуры, сегментарно связанные с рукой.

Этот закон применим ко всему телу и может быть полностью продемонстрирован любым человеком, обладающим полными знаниями о нервных соединениях и сегментации тела, после получения полной и точной истории любого повреждения тела. Это заходит еще дальше, чем это. Токсины или другие вторичные причины, действующие внутри организма, всегда имеют тенденцию вызывать свои двигательные реакции и, как следствие, воздействовать на любые подвывихнутые позвонки в том же сегменте тела с периферическим раздражением, так что, если в желудке содержится яд, поражающий позвоночник, больше всего пострадают шестой или седьмой спинной позвонок, а сам желудок - орган, который страдает больше всего.

Позвоночный столб с его прочными связками, хрящевыми подушечками, идеальной гибкостью специально приспособлен для того, чтобы выдерживать толчки. И все же позвоночник - это дверь, через которую болезнь проникает в организм. Сотрясение сил, энергия из окружающей среды, встречающая сопротивление организма, не оказывает серьезного воздействия на организм — постоянного или непоправимого эффекта, — если только оно не воздействует на позвоночник и не вызывает подвывих позвонков, нарушение нормального выравнивания между позвонками и, таким образом, прерывает совершенное исцеляющее и контролирующее влияние, оказываемое жизненно важной частью сегмента, участком центрального нерва.

Когда сотрясение сил *действительно* вызывает подвывихи, нарушает идеальное равновесие этого центра структуры тела, его последствия затрагивают весь сегмент тела, вызывая или имея тенденцию вызывать нарушения во всем сегменте.

Болезнь является косвенным следствием контакта человека с окружающей средой и является *естественной* но не *нормальной*.

Позвоночный столб - это *центр* или серия центров заболевания. В этой колонке будет найдена первопричина — вводный элемент, — благодаря которому болезнь впервые появляется в ранее здоровом организме.

Сравнительная анатомия

Изучение сравнительной анатомии необходимо для полного понимания человеческого организма. Мы можем проследить в простейших формах животной жизни зачатки и предзнаменования того же плана организации. Мы можем следовать за ним по восходящей шкале и наблюдать за развитием его сложности, и, рассматривая каждый шаг в процессе, мы можем полностью осознать, что первоначальный план сохранялся повсюду, хотя часто в такой форме, что при изучении отдельного вида мы не смогли бы его распознать.

У нас нет места для полного рассмотрения этого предмета, и мы просто предложим некоторые факты и этапы. Нельзя провести четкую аналогию, пока мы не дойдем до червя с его рудиментарным позвоночником и нервами. Грубо говоря, рассечение одного сегмента позвоночника с его нервами и контролируемой ими областью — если бы это было возможно — отделило бы от остальных довольно регулярный *слой*, подобный всем остальным слоям. Это примитивная сегментация.

У рыб это проявляется гораздо отчетливее, но сегменты начали изгибаться, их периферия слегка направлена хвостом, а у некоторых уже наблюдается преобладающий рост над другими сегментами и изменение формы по сравнению с первоначальной симметрией.

Рептилии и птицы демонстрируют еще более сложную сегментацию. Примечательно, что у этих низших животных чисто рефлекторная часть нервной системы высоко развита, в то время как волевая и сенсорная части, полушария головного мозга, все еще находятся в зачаточном состоянии. У птиц, в частности, мозжечок очень высокоразвит, потому что его функция координации мышц для поддержания равновесия в высокой степени необходима для полета.

Те наземные животные, которые ходят на четвереньках, подходят еще ближе, но их устройство гораздо понятнее, чем у человека. Поскольку животное стоит на четвереньках с вытянутой головой, можно сказать, что гигантский тесак, отсекающий каждый позвонок и пару нервов и направляющийся прямо к основанию опоры, *приблизительно* разделяет тело в соответствии со структурным и функциональным расположением на сегменты. Однако ни один сегмент, отделенный таким образом, не соответствовал бы в точности распределению нервов; наблюдалось бы увеличение некоторых органов с распространением в зону, ранее занятую их соседями; увеличение здесь и атрофия там; инвагинация одного органа другим, наложение и смешение частей. Даже соотношение между сегментами спинного мозга и позвонками значительно отошло от примитивного, так что рост позвонков превысил рост спинного мозга, и спинной мозг заканчивается напротив поясничной области, а не в конце крестцового канала. Здесь можно отметить, что у эмбриона человека канатик сначала занимает всю длину нервного канала, образованного внутри позвонков; что у взрослого человека он заканчивается напротив нижней границы тела первого поясничного позвонка и что нервы, все еще сохраняя свои первоначальные выходные отверстия и свое отношение к соматическим сегментам, проходят вниз по каналу к своим соответствующим отверстиям и в совокупности образуют щеткообразную массу, называемую “конский хвост”.

Причины сегментарных изменений

Причины изменения формы и соотношения различных сегментов являются функциональными: организм меняется в соответствии с меняющимися потребностями окружающей среды и устойчивым прогрессивным функциональным развитием от одного вида к другому.

Когда животное, наконец, принимает вертикальное положение, выполняя более сложные и разумные приказы развивающейся и совершенствующейся центральной нервной системы, изменение положения и сила тяжести вызывают постепенное смещение вниз, или каудад, частей соматических сегментов, наиболее удаленных от позвоночника, и нервов, которые их снабжают.

Нервы, мышцы и кости нижних конечностей изменяются от почти прямого угла до чрезвычайно тупого, менее тупого в младенчестве и более у взрослого человека. Передние конечности становятся руками и свисают по бокам, отходя вниз от той части позвоночника, которая ими управляет. Ребра более наклонно направлены вниз и наружу от позвоночника, а все нервы направлены вниз от их прикрепления к спинному мозгу к их выходу из межпозвоночных отверстий. Только в области шеи и головы это правило различно, поскольку нервы и некоторые другие структуры там имеют тенденцию отходить от позвоночника либо под прямым углом, либо вверх.

Кажется почти символическим и указывающим на цель творения то, что тело, которое у Человека менее сильное и энергичное, чем у низших животных, должно все более наклоняться вниз от своей центральной оси, в то время как череп, содержащий высокоспециализированную массу клеток и волокон, орган Разума, который отмечает превосходство Человека в животном царстве и является его венцом, возвышается *над* телом, над которым он доминирует.

При всех изменениях формы, отмечающих рост тела, органы устроены таким образом, чтобы обеспечить максимально возможную экономию пространства и удобство использования. Этот совершенный и несравненный механизм приспосабливается к меняющимся привычкам и окружающей среде, а также к качеству и потребностям Разума, который его населяет.

Необходимость в таблице спиноорганических соединений

Для практикующего врача, который полностью располагает мгновенными знаниями обо всех нервных соединениях в организме и для которого пальпация подвывиха сразу указывает на его соматическую сферу влияния как ослабленную или больную область, или для которого упоминание о заболевании сразу же вызывает в памяти орган или сегмент, который поражен в первую очередь, и его нервную связь с позвоночником, любое перечисление спиноорганических соединений или заболеваний и корректировок для справки не требуется. Но обычному практикующему специалисту трудно получить и сохранить такой массив информации, и гораздо удобнее обращаться к надежным и легко читаемым таблицам, которые сразу предоставят любую желаемую информацию.

Никакая конкретная коррекция невозможна без знания позвонка, который контролирует пораженную часть и на исцеление которого должна быть направлена нервная энергия. Конкретная настройка без правильной диагностики, конечно, невозможна. И всякий раз, когда был поставлен правильный диагноз, важно, чтобы мысли хиропрактика вернулись к

определенному позвонку, который, как он ожидает, окажется подвывихнутым в качестве основной причины заболевания.

Диагностика необходима для того, чтобы выяснить, *какой* орган является очагом заболевания, поскольку все заболевания в основном сегментарные. После определения *локализации* заболевания быстрая ссылка на таблицу, показывающую связь позвоночника с этой локализацией, делает возможной конкретную корректировку. Ценность конкретных корректировок по сравнению с общими будет рассмотрена в разделе “Практика”.

Метод исследования

Тот, кто желает самостоятельно определить надлежащую специфическую коррекцию для определенного заболевания, должен, чтобы иметь возможность придать какой-либо вес своим выводам или объявить о них с какой-либо надеждой на доверие научного мира, в значительной степени следовать следующему методу, который устанавливает то, что можно назвать “стандартными условиями тестирования” для исследования спиноорганической связи.

Он должен поставить правильный диагноз, который служит для определения характера и локализации болезненного процесса. В этом ему может значительно помочь пальпация позвонков и прослеживание нервов, особенно при дифференциальной диагностике. Любой случай, который не позволяет поставить абсолютно точный диагноз, должен быть исключен из списка анализов, поскольку любое заключение, основанное на сомнительном диагнозе, само по себе должно быть сомнительным и может серьезно вводить в заблуждение.

Затем он должен установить, насколько это возможно, известную анатомическую нервную связь между позвоночником и пораженной частью. Если известно несколько связей, он должен принять решение в соответствии с нервной физиологией, распознав патологические функции, которые составляют болезнь, и узнав, какие нервы контролируют эти функции и какие, следовательно, должны быть нарушены, чтобы болезнь могла существовать. Я могу прямо здесь сказать, что пытаться ответить на проблемы хиропрактики, исходя из предположения, что стандартная анатомия неверна в описании нервных связей, так же безнадежно, как вопль школьника о том, что его ответы по арифметике неверны, потому что его суммы не получаются таким образом.

Затем исследователь должен быть точен при пальпации, выбирая подвывих, который, исходя из его знаний о сегментации тела, с наибольшей вероятностью повлияет на задействованные нервы, и точно определяя *количество* подвывихнутых позвонков. Никто, кто не может точно сосчитать позвонки, не может с уверенностью сказать, какой позвонок он скорректировал. Более того, никто, кто не считал позвонки в рассматриваемом конкретном случае, не может сказать, какой позвонок он скорректировал. Никакой простой региональной локализации недостаточно для научного исследования.

После выбора отдельного позвонка должна быть произведена правильная регулировка, и специалист по настройке должен знать, что он использовал одно специальное движение или форму регулировки, которая механически подходит для данного вида подвывиха, и переместил позвонок таким образом, чтобы устранить соударение. Простое движение позвонка не обязательно является регулировкой или даже неправильной регулировкой; это может быть движение без постоянного изменения соотношения или снятия защемления. (См.

“Предпочтительные корректировки”, стр. 155.)

Далее следует наблюдение за ходом заболевания, и оно должно быть настолько тщательным и точным, чтобы наблюдатель с уверенностью знал, прогрессирует ли болезнь неблагоприятно или благоприятно, или же она была полностью искоренена. Он должен знать ценность каждого изменяющегося симптома, реальное значение каждого нового явления. Для этой работы в его распоряжении должны быть все диагностические методы. Постоянная бдительность и продуманность должны отмечать каждый шаг его работы.

Наконец, он должен быть настолько осторожен в своих высказываниях, чтобы ни один сомнительный вывод не мог ускользнуть от его собственного разума. Мы можем верить, подозревать или надеяться на доказательство наших теорий, но мы не имеем права утверждать в качестве факта что-либо, кроме того, что было доказано в самых строго охраняемых научных условиях тестирования.

Несоблюдение любой из упомянутых мер предосторожности обесценивает результаты исследования. Исследование, в котором не соблюдаются все эти правила, не может быть основано ни на чем, кроме простой презумпции. Нетрудно понять, что существует мало хиропрактиков, чья подготовка была достаточной для того, чтобы они могли успешно проводить такие исследования. Таким образом, со спинно-органическими связями связано много вещей, которые обычно рассматриваются как факты, но которые следует классифицировать как предположения. А преобладание привычки к общему приспособлению, а не к конкретному, отдаляет будущее окончательное решение всех этих проблем.

Приемлемые виды доказательств

Будет видно, что из трех видов доказательств — анатомических, физиологических и клинических, — которые допустимы в рассуждениях о связи между позвоночником и болезнью, только одна форма — клинические доказательства — была представлена хиропрактикой. Для анатомического и физиологического подтверждения наших очевидных клинических результатов мы вынуждены обратиться к стандартным работам по этим предметам; к счастью, мы находим их в изобилии.

Анатомия, дополненная в настоящее время исследованиями морфологических соотношений изучаемых частей, а также физиологическими и патологическими экспериментами, которые пролили много света на правильные точки зрения при описании структуры, содержит достаточно данных о нервной системе, чтобы позволить нам объяснить практически каждый факт, наблюдаемый в клинике хиропрактики.

Верно, что в последующих набросках есть несколько утверждений, которым мы пока не можем найти анатомического или физиологического подтверждения. Но следует помнить, что анатомы и физиологи никогда не изучали тело со знанием теории подвывиха, которая помогла бы им обрести перспективу, и что хиропрактики как класс еще не достаточно глубоко погрузились в анатомию и физиологию, чтобы извлечь из них всю доступную и проливающую свет информацию. Часто факты, которые мы ценим больше всего, наиболее неясны в текстах, потому что другим они кажутся наименее важными. Но они есть. Вооруженный информацией, касающейся фактов хиропрактики, вполне вероятно, что ученый будущего подтвердит все наши сегодняшние клинические открытия и подчеркнет их рациональные объяснения.

В следующих таблицах было установлено, что лучше всего вставить в круглые скобки заглавную букву (P), чтобы привлечь внимание к любому утверждению, в поддержку которого мы собрали

менее всех трех форм допустимых доказательств и которое, следовательно, пока является предположительным. Однако практикующему следует быть осторожным, чтобы не относиться слишком легкомысленно к таким предполагаемым утверждениям. За исключением случаев, когда для такой презумпции есть очень веские и разумные основания или общая вера в ее правильность, все упоминания о ней опускаются. Те, которые обозначены как предполагаемые, указаны так просто потому, что они еще не были доказаны, а не потому, что они не смогли служить удобным и полезным руководством по коррективке. Для каждого предлагаемого предположения есть либо клиническое, либо анатомическое обоснование, но не и то, и другое.

ОСОБЫЕ НЕРВНЫЕ СВЯЗИ

Этот раздел не претендует на то, чтобы с какой-либо степенью полноты описать различные нервные пути, по которым позвонки соединяются со всеми или почти всеми периферическими органами тела. Это просто указывает на некоторые из наиболее интересных и важных связей, на некоторые пути, которые служат для объяснения общих эффектов коррекции позвоночника. Не ожидается, что это краткое изложение предмета будет более чем наводящим на размышления студента; конечно, оно не может быть полным изложением в столь кратком объеме.

Схема нервной системы

Давайте начнем с наблюдения, что почти на каждый орган тела, включая сами центральные нервные органы, может отрицательно повлиять подвывих позвоночника, затрагивающий аксоны спинномозговых нервов на их выходе из межпозвоночных отверстий или входе через них, или подвывих позвоночника, вызывающий прямое воздействие на некоторую часть симпатической системы и аналогичным образом препятствующий ее функционированию.

Нервную систему можно разделить на два больших отдела: центральную ось и периферическую систему, которая распределяет нервную энергию от центральной оси и доставляет раздражители к ней. Центральная ось состоит из головного и спинного мозга; периферическая система из 12 пар нервов, прикрепленных к головному мозгу и имеющих выход (кроме восьмого) через отверстия в основании черепа, 31 пара спинномозговых нервов, выходящих через межпозвоночные отверстия, части которых подвижны друг относительно друга (за исключением отверстий для крестцового и копчикового нервов), и сложная система симпатических волокон и ганглиев, расположенных в виде двойной цепочки ганглиев спереди и по бокам позвоночного столба, три больших предпозвоночных сплетения, сердечные, целиакальные и гипогастральные, а также многочисленные рассеянные ганглии и сообщающиеся тяжи, которые связывают ганглии вместе и соединяют их со спинномозговыми или черепными нервами и с периферией.

Периферическая система несколько сложна, и установлены многочисленные взаимосвязи, посредством которых нервные импульсы, берущие начало в центральной оси и выходящие из одной части периферической системы, могут оказывать управляющее влияние на другую часть. Сплетения, или переплетения нервных аксонов, настолько многочисленны и сложны, что трудно проследить за каждым набором нервных раздражителей от их источника до конечного пункта назначения и эффекта без тщательного изучения.

Прямое распределение спинномозговых аксонов

Аксоны спинномозговых нервов, взятые в целом, прокладывают пути между двигательной серой частью вентрального рога спинного мозга и всеми произвольными мышцами тела ниже головы, за исключением трапецевидной и грудино-сосцевидной, частично иннервируемых одиннадцатым черепом, и между сенсорными клетками спинномозговой серой части и изящными и клиновидными ядрами продолговатого мозга, с одной стороны, и сенсорными конечными органами в виде кожи и слизистой оболочки, мышц, сухожилий и суставов, с другой. Вентральная мозговая оболочка получает импульсы от кортико-спинномозговых аксонов прямого пирамидного, скрещенного пирамидного, руброспинального и других более мелких путей, которые приводят спинномозговой мозг под прямое произвольное доминирование волевых центров в головном мозге или опосредованно произвольного пути через мозжечок. Спинномозговые нервы являются непосредственными проводниками движения тела или его частей по отношению к окружающей среде. Сенсорный серый цвет спинного мозга аналогичным образом связан с областью сознательных ощущений в головном мозге и с мозжечком посредством дорсальных путей спинного мозга, лемнисков и ножек мозжечка.

В основном эти нервы движения и ощущения расположены следующим образом:

Шейное сплетение состоит из переплетения аксонов передних первичных отделов четырех верхних шейных нервов. Его ветви проходят ко многим произвольным мышцам шеи, боков и затылка и иннервируют их, а также снабжают сенсорными волокнами прилегающие участки кожи. Ветви также сообщаются с последними тремя черепными нервами, и одна длинная ветвь, Диафрагмальный, или Внутренний дыхательный нерв Белла, проходит через шею и грудную клетку к диафрагме, являясь ее двигательным нервом.

Плечевое сплетение состоит из передних первичных отделов четырех нижних шейных нервов и большей части первого грудного. Он распространяется главным образом на произвольные мышцы и кожный покров плеча и руки, предплечья и кисти, но также посылает ответвления некоторым мышцам шеи и верхней части спины. Оно, как и Шейное сплетение, получает ответвления от шейного симпатического отдела, но ничего не отдает ему.

Грудные нервы расположены не плексиформно, как те, что описаны выше, а проходят отдельно, по большей части, к месту назначения. Они распределяются по стенкам грудной клетки и брюшной полости в направлении изгиба ребер. Последний Грудной отдел опускается на один отдел вниз до внешней стороны подвздошной кости.

Поясничное, крестцовое и Срамное сплетения образуются из вентральных отделов поясничного, крестцового и копчикового нервов и разветвляются к кожному покрову и произвольным мышцам нижней части живота, таза и нижних конечностей. Ветви двух крестцовых нервов, известные как “Висцеральные”, проходят через сплетение и заканчиваются в стенках матки и прямой кишки.

Все грудные нервы, а также первый и второй, иногда третий и четвертый поясничные отдают ответвления к симпатическим ганглиям, известным как белые соединительные ветви.

Прямое распределение черепных нервов

Распределение 12 пар черепных нервов не так однозначно распределено по произвольным мышцам и областям, из которых должно исходить осознанное ощущение, как в случае со спинномозговыми, хотя черепные нервы имеют много аналогий со спинномозговыми, и есть масса оснований рассматривать их как одну серию из 43 пар. Существует прямое распределение некоторых волокон черепных нервов к секретирующим железам, но эти волокна, вероятно, просто происходят из симпатических стволов и проходят вместе с аксонами черепного происхождения. Существует также некоторое прямое распределение аксонов черепных нервов по висцеральным стенкам, состоящим из неполосатых мышц, как в случае распределения блуждающего нерва по дыхательным и пищеварительным путям, а по спинномозговым соединениям - по сердцу. Это сходство с симпатией.

Черепные нервы передают афферентные впечатления от специальных органов чувств, за исключением органов осязания, функция которых разделена со спинномозговыми нервами.

Между краниальным и симпатическим отделами периферической системы существуют различные взаимосвязи, посредством которых аксоны, начинающиеся с одного отдела, могут быть в конечном итоге распределены по другому, или посредством которых аксон симпатического отдела может проходить к одному из сенсорных узлов краниальной системы и влиять на его питание и состояние, а следовательно, и на его способность действовать. Имеется ограниченное переплетение спинномозговых волокон с нижними краниальными.

Распределение симпатических

Симпатическая система непосредственно иннервирует большую часть питательной или вегетативной системы, пищеварительный тракт и его вспомогательные органы, сосудистые системы, мочеполовую систему и железы внутренней секреции. В ограниченной степени он разделяет этот контроль с цереброспинальным и в гораздо большей степени приводит центральную ось в косвенную связь с этими внутренними органами.

Грей говорит: “Различие симпатической системы от спинномозговой проводится просто из соображений удобства. Эти две системы тесно связаны, и симпатическая морфологически является производной от центральной оси, распределенной в связи с питательным аппаратом и устанавливающей взаимоотношения между вегетативными органами”.

Структура нервных путей

Большинство путей, по которым нервные импульсы передаются от их источника к органу, в котором они в конечном итоге выражаются в виде какого-либо действия или преобразуются в ощущения или в стимулы, которые рефлекторно передаются по подключенному нейрону, состоят более чем из одного нейрона. Нейроны нервного пути расположены вплотную друг к другу, причем все аксоны направлены в одном общем направлении, так что нервная энергия всегда распространяется в одном и том же направлении по всему нервному пути. Импульсы передаются от первого нейрона в цепочке ко второму, от второго к третьему и т.д. путем контакта телодендрий одного нейрона с дендритами или рецептивными отростками следующего. Часть нервного пути может находиться в пределах центральной оси, а часть - в стволе периферического нерва.

Несколько периферических путей для передачи афферентных импульсов могут быть соединены с эфферентным путем таким образом, чтобы завершать рефлекторные дуги, и эфферентная клетка находится под контролирующим влиянием некоторого верхнего нейрона, спускающегося от центральной оси, обладающего способностью либо разрешать, либо ингибировать рефлекторные акты, которые в противном случае имели бы место в результате периферических раздражителей. Несколько таких нижних клеток могут находиться под доминированием одного верхнего нейрона.

В некоторых случаях питание ганглиев или нервных стволов, или частей самой центральной оси, находится под контролем симпатических нейронов, оканчивающихся на соединении с ними, так что за прерыванием нормальной работы симпатического нейрона могут последовать эффекты, проявляющиеся в какой-либо отдаленной части спинномозговой системы. На следующих страницах мы обсудим нервные пути в связи с объяснением заболеваний, вызванных подвывихом позвоночника, затрагивающим нервы либо при растяжении, либо при сужении, и поэтому наша группировка частей будет несколько отличаться от любой анатомической или физиологической группировки, преследующей другую цель.

Важные Нервные пути

В головной мозг: С 2, 3 или 4 в верхний шейный ганглий прямым ударом, через внутренний сонный нерв в симпатические сплетения, следующие по ответвлениям артерий от Виллизиева круга. Кровоснабжение головного мозга находится под контролем шейного симпатического отдела, и большинство поражений или заболеваний головного мозга происходят из-за сосудистых изменений, приводящих к анемии, гиперемии, воспалению или кровоизлиянию.

К мозговым оболочкам: Петля между первым и вторым шейными нервами к магистральному узлу блуждающего нерва и через менингеальные ветви блуждающего нерва (Р) или через внутренний сонный нерв к пилальным симпатическим сплетениям. (Р) Связь первого, второго или третьего шейного отдела с церебральным менингитом установлена клинически, но объяснение все еще вызывает сомнения.

Глаз и мышцы, сетчатка, зрительный нерв: Наружные мышцы глаза, четыре прямые и две косые с верхним поднимателем глазного яблока, иннервируются глазодвигательным, или третьим черепным, и четвертым и шестым черепными, которые получают ответвления от кавернозного сплетения симпатического, происходящего от внутренней сонной ветви верхнего шейного ганглия. Поскольку ганглий находится перед поперечными отростками второго, третьего и четвертого шейных позвонков, прямое воздействие на него в результате подвывиха одного из этих позвонков может вызвать косоглазие или другое поражение наружных глазных мышц.

Глазное яблоко получает нити от цилиарного или глазничного узла, который, в свою очередь, связан с шейным узлом посредством кавернозного сплетения и внутреннего сонного нерва. Этот путь контролирует радиальные волокна радужной оболочки и расширяет зрачок как часть рефлекторного механизма аккомодации к свету. Потеря реакции зрачков, особенно при маленьких зрачках, предполагает подвывих верхнего отдела шейки матки.

Сетчатка, содержащая клетки, из которых происходят аксоны зрительного нерва, и являющаяся особым конечным органом зрения, не имеет прямых спинномозговых или симпатических связей, но на ее кровоснабжение и, следовательно, питание влияют ответвления

симпатического нерва, которые входят в центральную артерию сетчатки. Кровоизлияние в сетчатку было устранено с помощью коррекции шейки матки, C 2, 3 или 4.

Конъюнктив иннервируется симпатическим и пятым черепным, или тройничным, нервами.

Обонятельный нерв: Обонятельный нерв, распределенный по шнейдеровской мембране над верхней частью носовой перегородки и над верхней боковой стенкой. Не существует известного соединения, с помощью которого можно было бы достичь ствола обонятельного нерва путем регулировки, но состояние специальных конечных органов в мембране и их способность функционировать зависят не только от целостности их аксонов, но также от питания и влажности мембраны, в которую они встроены. Это находится под контролем видиевого нерва и ветвей от сфено-небного, или ганглия Меккеля, которые связаны с каротидным сплетением симпатической системы и, следовательно, реагируют на регулировку C2, 3 или 4. Это также способ, с помощью которого обычно проверяется носовое кровотечение.

Наружные мышцы носа, как и мышцы остальной части лица, за исключением некоторых жевательных мышц, получают питание от лицевого нерва, который соединяется с симпатическим сплетением на средней менингеальной артерии. Здесь в скобках можно сказать, что периферический паралич лицевого нерва (паралич Белла) поддается адаптации и доказывает ценность этой связи. Кожный покров носа находится под сенсорным контролем тройничного нерва, и в результате его поражения могут возникнуть трофические нарушения.

Тройничный нерв: Это большой чувствительный нерв лица, который несет двигательный отдел, нижнюю челюсть, к некоторым жевательным мышцам, таким как височная, жевательная и щечная. Он связан с четырьмя ганглиями, которые также получают симпатические корни, и ганглий, из которого исходят его сенсорные аксоны, гассеров или полулунный, также получает прямую симпатическую связь. Важность этой связи подтверждается мощным эффектом коррекции положения третьей или четвертой шейки матки при тике долуру.

Ухо: наружное ухо принимает ответвления от блуждающего нерва и от первого и второго шейных нервов. Среднее ухо и Евстахиева труба снабжаются барабанным сплетением, состоящим из ветвей от голосоглоточного, отеческого ганглия, лицевого нерва и маленькой глубокой окаменелости, идущей от симпатической сонной артерии. Всеми этими путями возможно сообщение с третьим и четвертым отделами шейки матки, но особенно важен последний. Четвертый отдел шейки матки является особенно частым подвывихом при заболевании среднего уха. К внутреннему уху и слуховому нерву, по-видимому, нет прямого пути от позвоночника. Насколько известно автору, еще не было окончательно установлено, повлияет ли коррекция на слуховую глухоту, но болезнь Меньера, воспаление полукружных каналов, неоднократно излечивалась коррекцией Атласа или Аксиса, каким способом я не могу сказать.

Зубы и десны: Вероятно, что единственная связь между позвонками и зубами является афферентной через тройничный нерв. Зубная боль может быть купирована регулировкой C3 или C4, но нет никаких доказательств того, что состояние зубов улучшилось или что может быть достигнуто нечто большее, чем временный эффект. Трофические изменения в деснах могут быть вызваны сосудистыми нарушениями, контролируруемыми симпатической системой.

Язык: подъязычный двигательный нерв, соединяющий как внутренние, так и внешние мышцы языка, получает прямые аксоны от петли между первым и вторым шейными нервами.

Симпатические волокна проходят к кровеносным сосудам и железам внутренней секреции языка.

Миндалины: Получают волокна из сфено-небного узла и, таким образом, попадают под контроль C2, 3 и 4. Многочисленные клинические данные при тонзиллите, простом, фолликулярном и гнойном, доказывают, что это практически и анатомически правильное нервное соединение.

Слюнные железы: Околоушная артерия получает ответвления от большого ушного нерва от второго и третьего шейных, а от симпатической наружной сонной артерии - ответвления от верхнего шейного узла. Подчелюстные и подъязычные железы соединены с подчелюстным узлом, в который входит симпатический корень и который вместе с барабанной связкой, также несущей волокна, происходящие от симпатических, контролирует секрецию этих желез.

Глотка: Глоточное сплетение представляет собой смесь сенсорных аксонов голосоглоточного, моторных компонентов блуждающего нерва и, вероятно, сенсора того же нерва, а также симпатических ветвей верхнего шейного узла. На все это может повлиять регулировка верхней части шейки матки.

Гортань: Согласно анатомии, гортань иннервируется верхней и нижней, или возвратными, ветвями блуждающего нерва и симпатическими ветвями верхнего шейного ганглия. Клинически шестая коррекция шейки матки излечивает ларингит и афонию. Объяснение, вероятно, заключается в том факте, что щитовидные ветви среднего шейного узла, лежащие перед поперечными отделами шестого, сообщаются внутри щитовидной железы с возвратной гортанью и с наружной гортанной ветвью верхнего гортанного узла.

щитовидная железа: “Нервы, ведущие к щитовидной железе, являются амиелиновыми и происходят от средних и нижних симпатических узлов”. (Грей.) Средние шейные узлы расположены перед поперечными отростками шестого шейного позвонка. Клинически шестой шейный отдел достигает зоба.

Мышцы шеи: платизма снабжается лицевым нервом; грудино-сосцевидный отросток - спинномозговым придатком и шейным сплетением; инфраподъязычная область - первыми тремя шейными нервами; надъязычная область - лицевыми и шейной шейкой; передние и латеральные позвоночные мышцы - шейными нервами со второго по седьмой включительно, но особенно вторыми, третьими и четвертыми. Будет видно, что мышечные нарушения в области шеи могут быть результатом любого подвывиха шейки матки. Кривошея, которая обычно поражает грудино-сосцевидный отросток, чаще всего уступает место второму шейному отделу.

Лимфатические узлы головы и лица: Эти лимфатические узлы контролируются шейным симпатическим отделом. Патологические изменения в одном или нескольких узлах требуют тщательной пальпации шейки матки для определения наличия подвывиха в стороне от пораженной стороны.

Мышцы спины: трапециевидная мышца иннервируется спинномозговым придатком и третьим и четвертым шейными нервами; широчайшие мышцы спины - шестым, седьмым и восьмым шейными через средний или длинный подлопаточный нерв. Иногда чувствительный нерв, идущий от нижних отделов широчайших мышц к шейному отделу, вводит практикующего в

заблуждение, заставляя представлять себе соединение шейки матки на спине с внутренними органами.

Второй слой спины снабжается третьим, четвертым и пятым шейными нервами. Третий слой иннервируется средним и нижним шейными и тремя верхними грудными нервами, за исключением нижнего заднего нерва, который снабжается девятым, десятым и одиннадцатым грудными нервами. Четвертый и пятый слои снабжаются задними первичными отделами спинномозговых нервов, и любой данный участок этих слоев может быть прослежен до позвонка непосредственно над ними, или головной кости.

Стенки грудной клетки: Теменные мышцы грудной клетки иннервируются межреберными нервами, и прослеживается вполне определенная сегментарная связь с позвоночником.

Диафрагма: диафрагмальный нерв, который берет начало главным образом от четвертого шейного отдела; нижние межреберья, особенно восьмой и девятый; и диафрагмальное сплетение симпатической нервной системы, к которому иногда можно добраться от четвертого или пятого спинного позвонка через ганглиозный канатик. При моторных нарушениях диафрагмы отрегулируйте четвертую шейку матки.

Мышцы живота: Они снабжаются нижними межреберьями, а поперечная и внутренняя косые мышцы соединяются с L1 подвздошно-гипогастральная мышцей. Кремастер поступает по каналам L 1 и 2 через генитальную ветвь гени-бедренной кости.

Мышцы промежности: Передняя группа мышц промежности снабжается промежностной ветвью внутреннего pudового нерва, которая идет ко второму, третьему и четвертому крестцовым нервам. Задняя промежностная и седалищно-прямокишечная области также снабжаются крестцовым и копчиковым нервами.

Трахея и бронхи: Блуждающие и симпатические нити от первого и второго грудных ганглиев. Последние, по всей вероятности, получают преганглионарные волокна от первого спинного нерва, поскольку это приспособление достигает бронхов.

Легкие: Третий грудной ганглий соединяется с легочным сплетением и устанавливает связь от третьего спинного позвонка непосредственно с паренхимой легкого. *Плевры* имеют аналогичное соединение или иногда могут достигаться первой спинной.

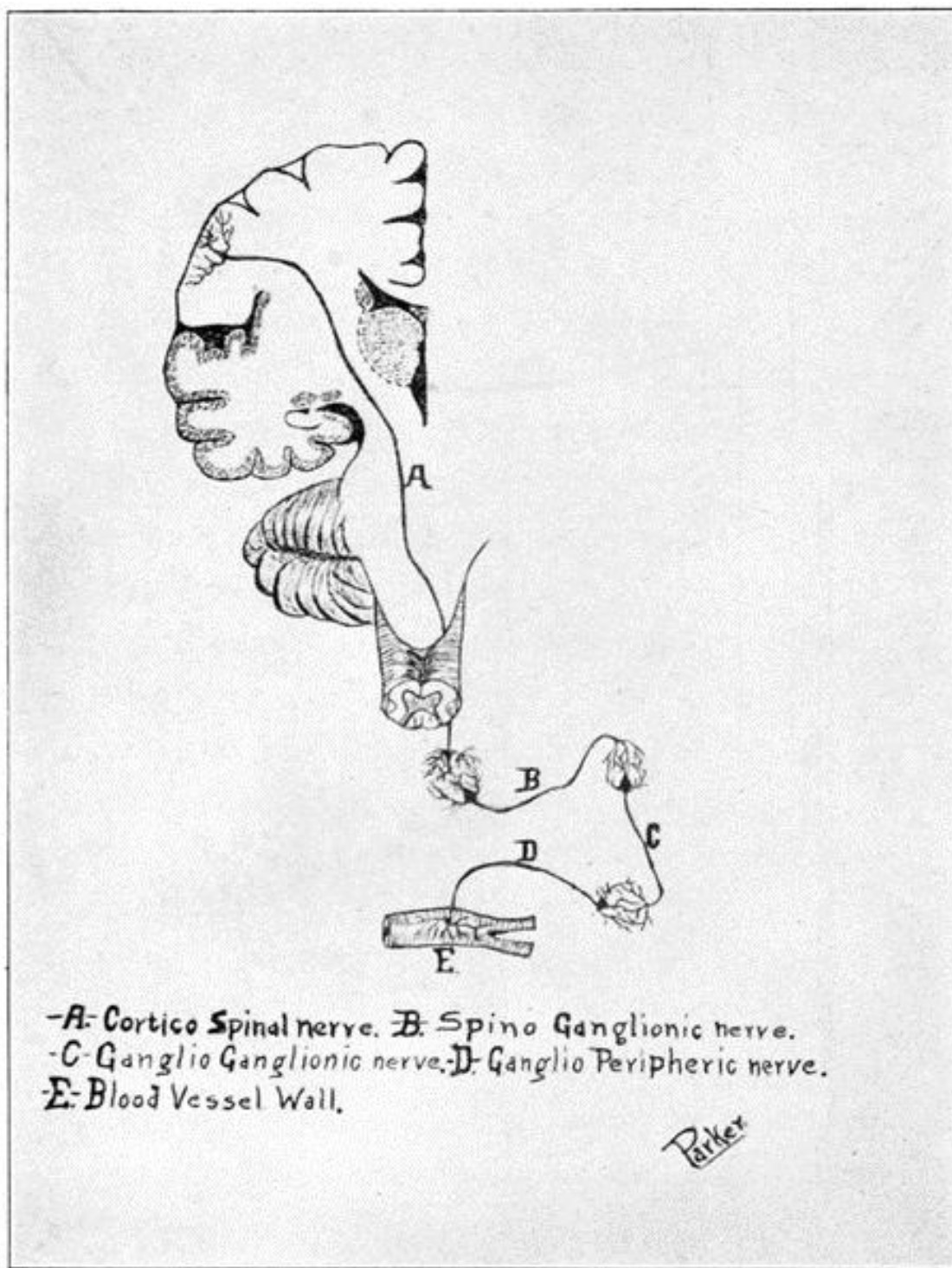
Сердце и перикард: В 55% всех сердечных заболеваний или неправильных действий виновата вторая дорсальная область; в 40% - первая дорсальная, и, возможно, в оставшихся 5% - атлант или ось. Первые нервы (T1 и 2) образуют преганглионарные волокна, которые проходят вверх через ганглиозный канатик и заканчиваются в трех шейных узлах по отношению к дендритам новых нейронов (амиелиновых), которые образуют верхний, средний и нижний сердечные нервы и проходят в грудную клетку, где смешиваются с волокнами блуждающего нерва, образуя поверхностное и глубокое сердечные сплетения, контролирующее сердце. Вероятно, верхние отделы шейки матки иногда воздействуют на блуждающий нерв через петлю между первым и вторым шейными нервами.

Грудная аорта: Контролируется симпатической системой от первого грудного ганглия или последнего шейного ганглия и, следовательно, седьмым шейным или первым спинным позвонком.

Ось Брюшная аорта—целиакия: Верхняя часть брюшной аорты иннервируется целиакией или солнечным сплетением симпатического отдела. Подплетения у целиакии сопровождаются различными ветви аорты и широко распространены по кровеносным сосудам, железам и поперечно-полосатым мышцам органов брюшной полости. Целиакальное сплетение получает волокна от правого блуждающего нерва и от большого, малого и наименее плечевого нервов, по последнему пути соединяясь с грудными ганглиями симпатического отдела с пятого по последний. Эти ганглии получают преганглионарные волокна от грудных спинномозговых нервов в виде белых соединительных ветвей, так что не будет ошибкой сказать, что целиакальное сплетение и его ветви в значительной степени контролируются состоянием последних восьми грудных нервов.

Через это сложное сплетение трудно проследить взаимосвязь каждого органа брюшной полости с конкретными позвонками, подвывих которых может вызвать заболевание указанного органа. С помощью клинических экспериментов, охватывающих многолетний период, и тщательного поиска в анатомии и физиологии мы пришли к выводам, указанным в последующих заявлениях.

Наиболее важным соединением позвоночника с кровеносными сосудами брюшной полости является пятый спинной позвонок, поскольку пятый спинной нерв своими ветвями, по-видимому, оказывает большое влияние на калибр аорты и оси целиакии.



A. Кортико-спинномозговой нерв. B. Остисто-ганглиозный нерв.
 C. Ганглиозно-ганглиозный нерв. D. Периферический ганглиозный нерв.
 E. Стенка кровеносного сосуда.

Паркер

Рис. 32. Схематическое изображение нервного пути от мозга к периферии по симпатическому каналу.

Печень: Четвертый грудной нерв (особенно правый) к ганглиозному канатику, через большой плечевой нерв к целиакальному сплетению, через печеночное сплетение к внутренней части печени. Печеночное сплетение отдает начало кистозному сплетению, которое контролирует желчный пузырь.

Желудок: Шестой и седьмой спинные нервы от белых ветвей к узлам ганглиозного канатика и через них к целиакальному сплетению. Желудочное сплетение является ответвлением целиакии и отдает сплетение Ауэрбаха мышечной оболочке, а сплетение Мейснера подслизистой и слизистой оболочкам желудка. Питание стенок желудка, их перистальтическое действие и секреторная деятельность желудочных желез, таким образом, находятся под непосредственным влиянием шестого или седьмого дорсального подвывиха.

Поджелудочная железа: Восьмой спинной нерв от большого спланхического к целиакальному сплетению, к печеночному и верхнему брыжеечному сплетениям, а также от панкреато-дуоденальных ветвей первого и панкреатических ветвей последнего к поджелудочной железе.

Селезенка: Целиакальное сплетение, левый полулунный ганглий, а также левый блуждающий и правый диафрагмальные нервы отходят от ветвей, которые образуют селезеночное сплетение. Спинномозговая связь осуществляется через девятый спинной нерв, по сообщающимся ветвям к ганглиозному канатику, к большому плечевому нерву, к целиакальному сплетению, к селезеночному сплетению. Многие нервные пути, подобные этому, менее опосредованы, чем кажется; разные названия были даны разным частям одного и того же пути, по которым часто аксоны проходят без перерыва. На пути от коры головного мозга к одному из органов брюшной полости может быть всего три, иногда четыре или пять нейронов, соединенных конец в конец.

Двенадцатиперстная кишка: Целиакальное сплетение через дуоденальные ветви печеночного сплетения и ветви от верхнего брыжеечного сплетения. Спинномозговое соединение от восьмого спинного нерва и, возможно, ветви от верхних поясничных ганглиев симпатического отдела могут присоединяться к верхнему брыжеечному сплетению, поскольку иногда сообщается о результатах заболевания двенадцатиперстной кишки после специальной коррекции L 1 или 2.

Тощая и подвздошная кишки: Соединение такое же, как и для двенадцатиперстной кишки, верхним брыжеечным сплетением. Регулировка L2 при брюшном тифе, несомненно, правильна, так что вполне вероятно, что поясничные ганглии направляют ответвления в эту область.

Брюшина: Нервное обеспечение брюшины довольно распространено из-за ее большой протяженности. Он поступает по симпатической линии как из нижних грудных, так и из поясничных отделов ганглиозного канатика через различные брюшные сплетения, и в целом можно сказать, что любое локализованное заболевание брюшины требует такой же коррекции, как и при заболевании непосредственно расположенного органа.

Надпочечные капсулы: Эти важные железы снабжаются амиелиновыми волокнами, происходящими от ганглиозного канатика по малому лопаточному нерву и соединяющимся с

преганглиозными волокнами десятого спинного нерва. Надпочечное сплетение является ответвлением целиакии.

Почки: Десятый, одиннадцатый и двенадцатый спинные нервы проходят через меньший и наименее спланхнический нервы к почечному сплетению, ответвлению целиакии. Эксперименты Макконнелла и часто повторяющиеся клинические достижения хиропрактиков доказывают, что это жизненно важный и доминирующий нервный путь при заболеваниях почек.

Мочеточники: Нервы, идущие от нижнего брыжеечного, тазового и семенного сплетений. Наиболее важная связь, по-видимому, проходит от первого поясничного нерва через поясничные ганглии к нижнему брыжеечному сплетению.

Слепая кишка и червеобразный отросток: Нижнее брыжеечное сплетение, которое снабжает эти органы, вероятно, несет к ним в основном волокна, происходящие из древесных узлов, которые завершают соединение со вторым поясничным позвонком, особенно с правой стороны.

Толстая кишка: Третий и четвертый поясничные позвонки, влияющие на поясничные ганглии и, следовательно, на нижнее брыжеечное сплетение.

Прямая кишка: Нижние поясничные ганглии через нижнее брыжеечное и плевральное сплетения, через верхнее и нижнее геморроидальные сплетения в прямую кишку. Регулировка L 4 или 5. Висцеральные ветви третьего и четвертого крестцовых нервов также проходят непосредственно к стенке прямой кишки, и регулировка крестца может повлиять на прямую кишку или задний проход.

Мочевой пузырь: мочевой пузырь иннервируется пузырным сплетением из органов малого таза и непосредственно крестцовыми нервными волокнами. Говорят, что пузырное сплетение содержит много волокон спинномозгового нерва, которые особенно отходят от второго и четвертого поясничных нервов. Клинически второй или четвертый поясничный отдел контролирует мочевой пузырь гораздо чаще, чем крестец.

Предстательная железа, семенные пузырьки, пенис и мочеиспускательный канал: Пузырным и предстательным сплетениями, происходящими от тазовых сплетений, отделов гипогастриального сплетения, которое образовано из сплетения брюшной аорты и нитей из поясничных ганглиев. Последние получают нити от второго и третьего поясничных нервов. Существует связь с крестцовыми нервами также через тазовое сплетение, хотя поясничная регулировка кажется более мощной.

Яички и мошонка: Подвздошно-паховая от второго поясничного отдела, генитальная ветвь мочеполового от второго и третьего поясничных нервов, внутренний срамной нерв от срамного сплетения, семенное и тазовое сплетения. Наиболее эффективной корректировкой при заболеваниях мошонки или яичек является L3.

Матка и влагалище: Маточно-влагалищное сплетение от малого таза, содержащее волокна спинномозговых нервов от L4, L5 и крестца.

Яичники и фаллопиевы трубы: В яичниковое сплетение поступают волокна из брюшной аорты и через нее из поясничных ганглиев, на которые влияет вторая поясничная регулировка.

Плечевое сплетение: Плечевое сплетение спинномозговых нервов возникает из нервов от пятого шейного отдела до первого грудного включительно и управляет произвольными мышцами верхней конечности вместе с ее покровом. Группы мышц, а не отдельные мышцы, представлены по большей части в сегментах позвоночника, от которых отходят эти нервы, а разветвление нервов внутри сплетения таково, что почти любая данная мышца может быть поражена более чем одним подвывихом позвоночника. Ниже приведены основные соединения:

Большая и малые грудные мышцы: Шестая или седьмая шейная через внутренний передний грудной нерв и первая спинная через наружный передний грудной нерв.

Плечевой сустав: Сустав, мышцы, покрывающие сустав, и кожный покров этой области иннервируются огибающим нервом, который проходит через сплетение к пятому и шестому шейным нервам. Шестая регулировка шейки матки обычно влияет на этот сустав.

Большая зубчатая мышца: Шестой шейный от длинного грудного, или Наружный дыхательный нерв Колокола.

Локтевой сустав: Шестой шейный позвонок, соединенный кожно-мышечным нервом.

Передние мышцы плеча: Шестая шейная.

Мышцы задней поверхности руки: Седьмая шейная и первая спинная.

Пояснично-крестцовое сплетение: Это сплетение, происходящее от передних первичных отделов поясничного, крестцового и копчикового нервов, снабжает мышцы и кожный покров нижней конечности, забирая с собой аксоны, полученные от симпатических поясничных ганглиев, для снабжения кровеносных сосудов, потовых и сальных желез этой области. Последние реагируют на изменение положения первого или второго поясничных позвонков.

Тазобедренный сустав: Третий и четвертый поясничные нервы, идущие от бедренного и запирающего или вспомогательного запирающих нервов, и пятый поясничный или первый крестцовый нерв, ведущий к квадратной мышце бедра или большому седалищному. Четвертый поясничный отдел кажется наиболее мощным соединением и обычно корректируется при заболеваниях тазобедренного сустава.

Поясничные мышцы: Передние ветви второго и третьего поясничных нервов.

Передние мышцы бедра: Питаются в основном через бедренный нерв от второго и третьего поясничных нервов.

Внутренние мышцы бедра: Второй и третий поясничные нервы (в основном, но не полностью) через запирающий, дополнительный запирающий и бедренный нервы.

Большая ягодичная мышца: От пятого поясничного и первого и второго крестцовых нервов через нижнюю ягодичную ветвь крестцового сплетения.

Наружный запирающий нерв: Второй, третий и четвертый поясничные нервы через запирающий нерв.

Мышцы задней поверхности бедра: Четвертый и пятый поясничные и крестцовые нервы через большой седалищный нерв.

Большой седалищный нерв: Этот большой нерв, прямое продолжение крестцового сплетения, берет начало от четвертого и пятого поясничных и первых трех или четырех крестцовых нервов и широко распространяется по мышцам и кожному покрову нижних конечностей. Ишиас, или седалищный ревматизм, чаще всего устраняется путем вправления четвертого или пятого поясничного позвонка; но есть состояние, обычно диагностируемое как ишиас, которое на самом деле является невритом седалищного нерва и вызвано вазомоторным нарушением, влияющим на кровоснабжение нервного ствола. Это происходит в ответ на регулировку первого или второго поясничного отдела, потому что амиелиновые волокна, которые контролируют эти кровеносные сосуды, происходят из поясничных ганглиев симпатической системы.

Мышцы передней части голени: Четвертый и пятый поясничные и первый крестцовый нервы, проходящие через переднюю большеберцовую кость.

Задняя область голени: Четвертый и пятый поясничные отделы, первый и второй крестцовые отделы через внутреннюю подколенную и заднюю большеберцовую кости.

Коленный сустав: Этот сустав получает ответвления от большого седалищного нерва как через внутреннюю, так и наружную подколенную кость, а также от бедренной кости и запирающей кости. Следовательно, он связан с нижним поясничным отделом и крестцом, а также со вторым поясничным отделом. Последнее соединение, по-видимому, чаще всего задействовано при воспалениях коленного сустава.

Стопа: Четвертый и пятый поясничные и крестцовые нервы через большой седалищный нерв и его ветви.

Сенсорные области нижних конечностей: Как правило, любая данная область кожи получает сенсорные ответвления от нерва, который снабжает нижележащую область мышцы. Для точной диагностики можно ознакомиться с хорошей схемой распределения датчиков.

БОЛЕЗНИ И ПРИСПОСОБЛЕНИЯ

Прилагаемый список включает заболевания, с которыми сталкивалась данная профессия, но ни в коем случае не является полным списком заболеваний. Он предназначен только для быстрого и удобного ознакомления. В неясных случаях или при не упомянутых заболеваниях практикующему врачу рекомендуется тщательно диагностировать случай с учетом *локализации* болезненного процесса, а затем обратиться к специальным нервным соединениям, чтобы найти нервный путь между позвоночником и органом, указанным как очаг заболевания. Стандартные работы по анатомии и физиологии более полно объяснят пути и функции нервов, но информацию, почерпнутую из них, необходимо искать и собирать по кусочкам из разрозненных утверждений и дискуссий.

Приспособление к

болезни

Абсцесс	В зависимости от локализации.
Аккомодационная иридоплегия	С 3 или 4.
Кислотность в желудке	D 6 или 7.
Акне	D 11 или 12.
Акория	D 6 или 7.
Акромегалия	С 1 или 2, D 10, 11 или 12.
Болезнь Аддисона	D 10.
Аденит	В зависимости от локализации.
Аденоиды глотки	С 2 или 3.
Тяжелое ожирение	D 8 и D 11 или 12.
Надпочечники, туберкулез	D 10.
Агевзия	С 1 или 2.
Лихорадка	D 4, D 9, D 11 или 12.
Альбуминурия	D 10, 11 или 12.
Альбумозурия	D 8, D 10, 11 или 12.
Алкоголизм	С 1, D 10, 11 или 12.
Аменорея	L 4 или 5.
Амнезия	С 1 или 2.
Амиостения	общая.
Амилоидная печень	D 4.
Амилоидные почки	D 10, 11 или 12.
Анахлоргидрия	D 6 или 7.
Анемия	D 4, D 9 и D 11 или 12. Иногда L 4.
Анестезия, общая	С 1 или 2.
Анасарка	D 10, 11 или 12.
Аневризма	D 1 или в зависимости от локализации.
Стенокардия	D 2.
Аникория	С 4.
Нервная анорексия	С 1, D 6 или 7.
Аносмия	С 1 или 2, С 4.
Антракоз	D 3.
Передний полиомиелит	С 3 или 4. следующие локальные зоны постоянных параличей.
Анурия	D 10, 11 или 12. Или L 2 или 4.
Стеноз аорты	D 2.
Афазия	С 1 или 2.

Афония	С 6.
Афтозный стоматит	С 2.
Апоплексия	С 2, 3.
Аппендицит	L 2.
Апраксия	С 1 или 2.
Зрачок Аргайлла-Робертсона	С 1 или 2.
Аритмия	С 2 или D 2.
Атеросклероз	10, 11 или 12-й и местный.
Артериит	В зависимости от локализации.
Артрит	в зависимости от локализации.
Деформирующий артрит	10, 11 или 12 дней в зависимости от локализации.
Аскариды	L 2 или 3.
Асцит	D 4.
Асфиксия, газообразование	D 2 или 3, Атлас (только для оказания первой помощи).
Астения	Для коррекции болезни, вызывающей то же самое.
Астенопия	С 4.
Астма	D 1.
Атаксия, мозжечковая	С 1 или 2.
Атаксия, двигательная	общая перестройка.
Атетоз	С 1 или 2.
Атрофический цирроз печени	D 4.
Атрофия	В зависимости от локализации.
Выделения со слуха	С 1, 2, 3 или 4.
В	
Боль в спине, в	зависимости от локализации.
Парикмахерский зуд	С 5, D 10, 11 или 12.
Паралич Белла	С 2, 3 или 4.
Желчнокаменная болезнь	D 4.
Блефарит	С 3 или 4.
Блефароспазм	С 3 или 4.
Слепота	С 1, 2, 3 или 4.
“Заражение крови”	D 10, 11 или 12 и местное.
Кипит	10, 11 или 12 дней в зависимости от локализации.

Брадикардия	D 1 или 2, возможно C 2.
Болезнь Брайта	D 10, 11 или 12.
Бронхит	D 1.
Бронхоэктазы	D 1.
Бронхопневмония	D 1, D 3.
С	
Запекшейся молочной железой	D 3.
Камни, кистозные	, L 2 или 4.
Камни, печеночные	D 4.
Камни, почечные	D 10, 11 или 12.
Рак	Неизлечим .
Canсrum oris	C 2 или 3, D 11 или 12.
Язва (во рту)	C 2.
Карбункул	В зависимости от локализации.
Карцинома	Не поддается лечению.
Кариес позвоночника	В зависимости от локализации. Смотрите “Прогноз” .
Катаракта	C 2, 3 или 4.
Насморк	C 4.
Катаральный гастрит	D 6 или 7.
Катаральный стоматит	C 2 или 3.
Абсцесс головного мозга	C 1 или 2.
Спинномозговой менингит	C 2.
Шейные железы, увеличение	любой шейки матки.
Шейно-плечевой невралгии	3. 6.
Шейно-затылочной невралгии	с 1 или 2.
Ветряная оспа	с 5, Д 10, 11 или 12.
Озноб	Д 5.
Хлороз	Д 4, Д-9, Д-11 или 12.
Холангит	Д 4.
Холецистит	Д 4.
Желчнокаменная Болезнь	Д 4.
Холера infantum	Д 5 или 6, Д 10, 11 или 12, л. 2.
Хорея	с 1 или 2.
Chyluria	Д 8, Д-11 или 12.
Цирроз печени	Д 4.
Коготь рука	с 6 или 7 или D 1.

Косолапость	Л 4 или 5.
Колика, печеночная	Д 4.
Колика, почечная	Д 10, 11 или 12.
Колит	Л 2 или 3.
Свернуть	3. 1, Д 2, и сообщает Associated состояний.
Кома	В зависимости от причины.
Конъюнктивит	С 3 или 4.
Запор	Д 4, Д 10 или Л 3, 4 или 5.
Контрактуры	В зависимости от локализации.
Насморк	С 4.
Коксалгия	Л 4.
Судороги	В зависимости от локализации.
Круп	С2 или С6.
Кожные высыпания	Д10, 11 или 12.
Цианоз	Д2, Д3 или С2.
Цистит	Л2 или Л4.
Д	
Глухота катаральная	С4.
Глухота центральная	С1 или 2 (Р).
Бред	С 1 или 2.
Слабоумие	С 1.
Лихорадка	Денге
Д 5, Д 10, 11 или 12 (Р).	Зубочелюстная система, нарушения
Д 6 или 7.	Несахарный диабет
Д 10, 11 или 12.	Сахарный диабет
Д 4, Д 8, Д 11 или 12.	Диарея
Д 10, 11 или Л 2, 3.	Расширение сердца
Д 2.	Дифтерия.....
	 С 2, С 6 и Д 11 или 12.
Дипсомания	С 1 или 2, Д 11 или 12.
Водянка брюшная	Д 4.
Водянка сердечная	Д 2.
Водянка почечная	Д 10, 11 или 12.
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	Д 8 или 9.
Дуоденит	Д 8 или 9.
Дизентерия	Л 2, 3 или 4 и Д 11 или 12.

Дисменорея	L 4.
Диспепсия	D 7.
Дисфагия	C 2 или D 6 или 7 (P).
Одышка	D 1, или D 2, или D 3.
Дизурия	L 2, или L 4, или крестцовая.
Е	
Боль в ухе	C 2 или C 4.
Экхимозы	D 11 или 12.
Экзема	D 11 или 12 и в зависимости от локализации.
Эмболия головного мозга	C 2 или 3.
Эмфизема	D 3.
Энцефалит	C 1, 2 или 3.
Эндокардит	D 2.
Увеличение желез	В зависимости от локализации.
Увеличенное сердце	D 2.
Увеличенная печень	D 4.
Увеличенные миндалины	C 2 или 3.
Энтеральгия	D 9 или 10, или L 1 или 2.
Энтерит	D 9 или 10, или L 1 или 2.
Энтероколит	D 9 или 10, или L 1, 2 или 3.
Энтероптоз	D 9, 10, 11 или L 1, 2, 3.
Энтероспазм	D 9 или 10, или L 1 или 2.
Энурез	L 2 или 4.
Эпилепсия	C 1 или 2, иногда L 3.
Носовое кровотечение	C 4.
Эпителиома	Не поддается лечению.
Отрыжки	D 6 или 7.
Кожные высыпания	D 11 или 12.
Рожистое воспаление	C 5 и D 11 или 12.
Экзофтальмический зоб	C 6 или 7.
Ф	
Гемиатрофия лица	C 1 или 2.
Паралич лицевого нерва	C 1 или 2.
Непроходимость каловых масс	L 2, 3 или 4.
Обмороки	D 2.
Ложная стенокардия	C 1 или 2.
Жировая дистрофия сердца	D 2.

Жировая дистрофия печени	D 4.
Жировая инфильтрация сердца	D 2.
Жировая инфильтрация печени	D 4.
Уголовник	C 6 или 7 или D 1.
Лихорадка	D 5. Определите исходный орган.
Фиброзная опухоль	В зависимости от локализации.
Фолликулярный тонзиллит	C 2 или 3.
Г	
Камни в желчном пузыре	D 4.
Гангрена	В зависимости от локализации.
Гастралгия	D 6 или 7.
Резекция желудка	D 6 или 7.
Неврозы желудка	D 6 или 7.
Язвенная болезнь желудка	D 6 или 7.
Гастрит	D 6 или 7.
Гастродуоденит	D 7 или 8.
Гастроптоз	D 6 или 7.
Железы, молочные железы	D 3.
Глаукома	C 2 или 3.
Глит	L 3 и D 11 или 12.
Глоссит	C 2 или 3.
Глюкозурия	D 4 и D 11 или 12.
Зоб	C 6.
Гонорея	L 3.
Гонорейный ревматизм	D 11 или 12 и L 3.
Подагра	D 11 или 12 и L 4.
Гранулированные веки	C 4 и D 11 или 12.
Н	
Сенная лихорадка	C 3 или 4.
Головная боль, анемия	Для коррекции анемии.
Головная боль, желчегонная	D 4.
Головная боль, невралгическая	C 1.
Головная боль, неврастеническая	C 1 или 2.
Головная боль, глазная	C 2 или C 4.
Головная боль от запора	D 4 или D 9 или 10, или L 4 или 5.
Головная боль, токсическая	Локализуйте токсинообразующий орган.
Головная боль, боли в матке	4 или 5-й степени или в крестце.

Кровотечение	D 6 или 7.
Гематурия	D 10, 11 или 12.
Гемикрания	C 1, 2 или 3.
Гемиплегия	C 2 или 3.
Кровохарканье	D 3.
Геморрой	4 или 5-й степени или крестец.
Гиперемия печени	D 4.
Гепатоптоз	D 4.
Грыжа диафрагмальная	C 4 (P).
Грыжа бедренная	L 4.
Грыжа паховая	L 2 или 3.
Грыжа пупочная	D 8.
Лицевой герпес	C 4.
Опоясывающий лишай	Поражен позвонок над нервом.
Икота	C 4.
Болезнь Ходжкина	Общая адаптация.
Гидроцеле	D 10, 11 или 12 и L 4.
Гидроцефалия	C 2 и D 2.
Гидронефроз	D 10, 11 или 12.
Гидроперикард	D 2.
Гидроторакс	D 3.
Гиперемия	в зависимости от локализации.
Общая гиперестезия	C 1 или 2.
Гиперхлоргидрия	D 6 или 7.
Гипертрофия	В зависимости от локализации.
Истерия	C 2.
Истероэпилепсия	C 2.
I	
Желтуха	D 4.
Желтуха новорожденных	D 4.
Илеоколит	L 2, 3 или 4.
Камни в желчных протоках, образовавшиеся в протоках	D 4.
Импотенция	L 3 или крестец.
Недержание мочи	объемом 2 или 4 литра.
Недостаточность, аортальная	D 1 или 2.
Недостаточность, митральная	D 1 или 2.

Недостаточность, легочная	D 1 или 2.
Недостаточность, пилорическая	D 6 или 7.
Недостаточность, трехстворчатая	D 1 или 2.
Детский паралич	C 3 или 4 и в зависимости от локализации.
Воспаление общее	D 5.
Воспаление аппендикса	L 2.
Воспаление мочевого пузыря	L 2 или 4.
Воспаление кишечника	D 9 или 10, L 2, 3 или 4.
Воспаление бронхов	D 1.
Воспаление почек	D 11 или 12.
Воспаление гортани	C 6.
Воспаление легких	D 3.
Воспаление мозговых оболочек	C 1 или 2.
Воспаление яичников	L 2 или 3.
Воспаление глотка	C 2.
Воспаление плевры	D 3.
Воспаление желудка	D 6 или 7.
Воспаление позвонков	, следующих над воспаленным.
Воспаление матки	L 4 или 5.
Грипп	C 4, D 1, D 11 или 12.
Кишечная невралгия	D 9 или 10, L 1 или 2.
Кишечные неврозы	D 9 или 10, L 1 или 2.
Кишечная непроходимость	См. “ Практика ”.
Инвагинация кишечника	См. “ Практика ”.
Безумие	C 1 или 2, иногда L 4.
Бессонница	C 2.
Ирит	C 3 или 4.
Ж	
Желтуха	D 4.
К	
Кератит	C 3 или 4.
Кифоз	См. “ Искривления. ”
L	
Лактация, нарушения	D 3.
Лакунарный тонзиллит	C 2 или 3.
Грипп	C 4, D 1, D 11 или 12.
Паралич гортани	C 6.

Стридулусный ларингизм	C 6.
Ларингит	C 6.
Боковой склероз позвоночника	В зависимости от локализации.
Отравление свинцом	D 4, D 11 или 12.
Лейкемия	D 9 и D 11 или 12.
Бели	L 4.
Липома	В зависимости от локализации.
Крупозная пневмония	D 3.
Челюстной сустав	C 1, 2 или 3.
Локомоторная атаксия	Общая адаптация.
Лордоз	Смотрите раздел “ Искривления ”.
Люмбаго	L 3, 4 или 5.
Пояснично-абдоминальная невралгия	любого поясничного отдела.
М	
Малярия	D 4, D 9 и D 11 или 12.
Злокачественный эндокардит	D 2 и D 5 или 6.
Мастоидит	C 1 или 2.
Корь	C 5, D 11 или 12.
Нарушения памяти	C 1 или 2.
Болезнь Менъера	C 1 или 2.
Менингит	C 1 или 2.
Меноррагия	L 4.
Метроррагия	L 4.
Мигрень	C 1, 2 или 3.
Митральная недостаточность	D 2.
Митральный стеноз	D 2.
Моноплегия	В зависимости от локализации.
Дыхание ртом	C 4 или 5.
Подвижная почка	D 11 или 12.
Слизистая колика	D 10 или L 3.
Свинка	C 4.
Мутизм	C 1 или 2 или C 6.
Миелит	В зависимости от локализации.
Миокардит	D 2.
Близорукость	C 4.
Окостенелый миозит	В зависимости от локализации, также D 11 или 12.

Микседема	С 6.
N	
Нефрит	D 10, 11 или 12.
Нефролитиаз	D 10, 11 или 12.
Нефроптоз	D 10, 11 или 12.
Невралгия тройничного нерва	С 3 или 4.
Невралгия плечевого сустава	С 6 или 7, или D 1.
Невралгия межреберная	В зависимости от локализации.
Невралгия стоп	L4, L5 или крестца.
Неврастения	С 2.
Неврит	В зависимости от локализации.
Кивательный спазм	С 1 или 2.
Нистагм	С 1, 2, 3 или 4 (Р).
О	
Ожирение, патологические	8-й и 11-й или 12-й дни.
Непроходимость кишечника	См. “Практику” .
Глазодвигательный паралич	С 2 или 3.
Отек	В зависимости от локализации.
Атрофия зрительного нерва	С 3 или 4.
Неврит зрительного нерва	С 3 или 4.
Орхит	L 3.
Средний отит	С 4.
Заболевание яичников	L 2.
Р	
Пахименингит	С 2.
Бледность	D 2 или для коррекции анемии.
Сердцебиение	D 2 или С 2.
Камни в поджелудочной железе	D 8.
Кровотечение из поджелудочной железы	D 8.
Панкреатит	D 8.
Возбуждающий паралич	С 1 или 2.
Паралич плечевой	С 6 или 7 или D 1.
Паралич голени	L 4 или L 5.
Паралич лицевой	С 1 или 2.
Паралич нижних конечностей	С 1 или 2.
Паралич нижних конечностей. гемиплегический	С 1 или 2.

Паралич, моноплегический	В зависимости от локализации.
Паралич чувствительности	В зависимости от местоположения.
Парагевзия	С 1 или 2.
Паратиф	L 2.
Паросмия	С 2 или 3.
Паротит	С 4.
Перикардит	D 2.
Перигепатит	D 4.
Околопочечный абсцесс	D 10, 11 или 12.
Перитонит	D 9, 10 и L 2, 3 или 4.
Коклюш	С 6, D 1.
Фарингит	С 2 или 3.
Светобоязнь	С 1 или 2 или С 4.
Подошвенная невралгия	L 4 или 5.
Плеврит	D 3.
Плевродиния	D 3.
Пневмония	D 3.
Приапизм	L 3 или крестца.
Проктит	L 4 или 5.
Выпадение почки	D 11 или 12.
Выпадение матки	L 4 или 5.
Заболевание предстательной железы	L 4 или 5 или крестца.
Птоз	С 4.
Послеродовая лихорадка	L 4, D 5 и D 11 или 12.
Легочная недостаточность	D 2.
Чахотка легких	D 3.
Стеноз легких	D 2.
Пиелит	D 11 или 12.
Пиелонефроз	D 11 или 12.
Пиемия	D 5 или 6 и D 10, 11 или 12.
Q	
Ангина	С 2 или 3.
R	
Бешенство	С 1 или 2, D 10, 11 или 12.
Рахит	См. "Корректировка изгибов".
Болезнь Рейно	С 6 или 7, или D 1, или L 4 или 5.
Свищ прямой кишки	L 4 или 5.

Невралгия прямой кишки	L 4 или 5.
Рецидивирующая лихорадка	D 5, D 9 и D 11 или 12.
Почечная колика	D 10, 11 или 12.
Кровоизлияние в сетчатку	C 4.
Ретинит	C 4.
Абсцесс заглочного пространства	C 2 или 3.
Ревматизм	D 5 или 6, D 11 или 12.
Ревматизм	D 11 или 12 и в зависимости от локализации.
Ринит	C 4.
Розеола	10, 11 или 12.
Краснуха	C 5, D 6, D 11 или 12.
Краснуха	См. “Корь”.
S	
Слюноотделение	C 2, 3 или 4.
Сальпингит (евстахиевый)	C 4.
Сальпингит (фаллопиевый)	L 2.
Саркома	Не поддающаяся лечению.
Скарлатина	C 5, D 6, D 11 или 12.
Скарлатина	C 5, D 6, D 11 или 12.
Ишиас	L 4 или 5 или крестец.
Склероз	В зависимости от локализации.
Сколиоз	См. “Искривления”.
Золотуха	D 11 или 12 и локально.
Выделение семени	L 3.
Сепсис	D 5, D 11 или 12, а также в местах поступления токсинов.
Оспа	C 5, D 5, D 10, 11 или 12.
Чихание	C 4.
Размягчение мозга	C 2.
Спазм	В зависимости от локализации.
Сперматорея	L 3.
Спланхноптоз	хвостовика D 5 по данным пальпации.
Увеличение селезенки	D 9.
Спленит	D 9.
Спленоптоз	D 9.
Деформирующий спондилоартрит	Общая коррекция.
Стеноз	В зависимости от локализации.

Стоматит	С 2, 3 или 4.
Косоглазие	С 3 или 4.
Судороги	D 10, 11 или 12.
Солнечный удар	С 2, D 2, D 11 или 12.
Задержка мочи	D 11 или 12.
Обморок	D 2.
Сифилис, первичный	В зависимости от локализации язвы.
Сифилис вторичный	D 5 или 6, D 11 или 12.
Сифилис третичный	Не поддается лечению.
Т	
Дорсальные язычки	Общей регулировки.
Солитер	D 8, 9 или 10, L 2 или 3.
Тенезмы	L 4 или 5.
Напряжение, высокое артериальное	D 5.
Яички, отвисшие	L 3.
Столбняк	С 4, D 5, D 10, 11 или 12.
Молочница	С 2 или 3.
Тик долуру	С 3 или 4.
Звон в ушах	С 1 или 2.
Тонзиллит	С 2 или 3.
Зубная боль	С 4.
Кривошея	С 2, 3 или 4.
Токсикоз	11 или 12 дней и местный по показаниям.
Токсический гастрит	D 6 или 7.
Недостаточность трехстворчатого клапана	D 2.
Стеноз трехстворчатого клапана	D 2.
Невралгия тройничного нерва	С 3 или 4.
Туберкулез любого органа	Информацию о пораженном органе см. в разделе “ Особые нервные соединения ”.
Туберкулез общий	5 или 6, 11 или 12-й день.
Туберкулез легких	D 3.
Опухоль	в зависимости от локализации.
Брюшной тиф	L 2.
Сыпной тиф	D 5 и L 2 (P).
У	
Изъязвление	В зависимости от локализации.
Неврит локтевого сустава	D 1.

Несращенный перелом	В зависимости от локализации.
Уремия	D 10, 11 или 12.
Уретрит	L 3.
Крапивница	D 10, 11 или 12.
Катар матки	L 4.
Маточная резекция	L 4.
V	
Осповакцина	осповакцины
D 5, D 10, 11 или 12 и в месте прививки.....Вагинит	L 3.
Поражения клапанов	D 2.
Ветряная оспа	D 5 или 6, D 10, 11 или 12.
Варикоцеле	L 3.
Варикозное расширение вен нижних конечностей	L 2, 3 или 4.
Натуральная оспа	То же, что оспа.
Вариолоидоз	То же, что оспа.
Головокружение	C 1 или 2. Местно при токсическом головокружении.
Рвота, пернициозная	6 или 7 или C 1.
W	
Коклюш	C 6, D 1.
Писательский спазм	C 6 или 7 или D 1.
Глисты в желудке	D 6 или 7.
Глисты в кишечнике	Любого отдела поясницы.
Кривошея	C 2, 3 или 4.
X	
Ксеростомия	C 2.
Y	
Желтая лихорадка	D 4, D 6, D 10, 11 или 12 (P).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Правильное использование приведенной выше таблицы полностью зависит от правильного диагноза. Знание позвонка, подлежащего коррекции при любом заболевании, бесполезно, если заболевание не распознано при встрече. Постановке диагноза может способствовать и обычно помогает пальпация и прослеживание нерва, которые можно рассматривать как

разделы диагностики, поскольку подвывих и болезненный нерв являются признаками (симптомами) заболевания. Но эти два раздела никогда не смогут полностью заменить полный диагноз, который призывает на помощь обследующему все безвредные методы установления состояния пациента. Части может не хватить для целого.

У хиропрактика есть возможность стать лучшим диагностом, потому что в его распоряжении все обычно изучаемые методы и *в дополнение к* пальпации и отслеживанию нервов, которые особенно полезны при дифференциальной диагностике. (См. “[График обследований](#).”) В настоящее время специалисты прискорбно слабы в диагностике, и до тех пор, пока они остаются таковыми, им не удастся достичь максимально возможных результатов от применения теории, которая, *сама по себе*, применима ко всем заболеваниям, но которая часто несовершенно применяется на практике.

ПРАКТИКА

Введение

Следующий раздел предназначен скорее для практического использования, чем для руководства студентом, но может дать студенту предварительное представление, которое в некоторой степени подготовит его перед окончанием колледжа к решению практических задач.

Точно так же, как слишком часто молодой хиропрактик упускает из виду фундаментальную логику хиропрактики, которая может быть воплощена в краткой команде “Устраните *причину*”, и считает, что его практика требует от него применения каждого предлагаемого или открытого метода лечения *последствий*, так и слишком часто молодой хиропрактик склонен считать, что его практика состоит исключительно из вправления позвонков, что он практикует механическое искусство, а не профессию; слишком часто он упускает из виду тысячи деталей, которые приводят к вправлению, окружают его и необходимы для его выполнения. успех.

Практика хиропрактики включает в себя нечто большее, чем правильную технику. Она включает в себя использование обширного фонда знаний; постоянное изучение болезней и пациентов; искусство контролировать и направлять других, иногда в их очень тривиальных действиях. Успешная практика требует надлежащей обстановки, надлежащих методов ведения бизнеса и знания психологии.

Каждый, кто вступает в профессию, берет на себя большую моральную ответственность, и самая большая ответственность из всех ложится на врача, какой бы школы он ни был. Он входит в пострадавший дом в то время, когда все члены семьи, так сказать, застигнуты врасплох, в то время, когда все обращаются к нему как к человеку, обладающему высшими знаниями и большей властью, за руководством, а часто и за силой в скорби; он становится хранителем их самых священных откровений. Тот, кто не в состоянии справиться с этой ответственностью, осознать свое влияние и свою силу и тщательно подготовиться к тому, чтобы хорошо проявить себя, ошибается в своем призвании. Он непригоден для своего служения.

Прилежный студент борется не только с техникой и разделами учебников, необходимыми на практике, но и изучает свою профессию со всех возможных точек зрения, расширяя сферу своей полезности везде, где это возможно.

Этот раздел ни в коем случае не содержит всей информации, отсутствующей в других разделах этой книги, но необходимой хиропрактику в его практике. Это предназначено лишь для того, чтобы предложить некоторые из многих сторон и этапов нашей работы и открыть путь для изучения жизни человечества и профессиональной деятельности хиропрактика.

ОФИСНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

Значение первого появления

Пациент, впервые входя в кабинет, сознательно или бессознательно формирует оценку личности и положения в своей профессии сотрудника этого кабинета. Это впечатление складывается из вида и расположения мебели и видимого оборудования, из опрятности или беспорядка в комнате, из бесчисленных мелочей, каждая из которых играет свою роль в формировании общего облика. Эта первая оценка иногда является единственной, поскольку неблагоприятное первое впечатление может привести к потере потенциального пациента. В любом случае это сыграет определенную роль во всех последующих суждениях, которые пациент может сформировать относительно хиропрактика и его работы.

Многие пациенты, приходящие в наши офисы, ранее не имели представления о нашей профессии; их умы открыты и любопытны, они готовы к каким-либо новым впечатлениям. Мы можем произвести на них впечатление по своему выбору. Каждый хороший бизнесмен или профессионал осознает ценность первого впечатления и стремится к нему. Поэтому, приступая к практике, выберите для себя каждый предмет, которому найдется место в вашем офисе. Тогда ваше окружение действительно будет отражать вашу индивидуальность и привлекать тех, на кого эта индивидуальность может воздействовать в гармонии и понимании. Бесполезно привлекать пациентов того типа, которых вы не можете удержать, использовать заимствованное суждение или вкус другого окружения, чуждого вам, и таким образом привлекать людей, которые сразу почувствуют несоответствие и будут отталкиваться от него.

И все же человек может стремиться. И если вы способны воспринимать и ценить по-настоящему профессиональную среду, вы можете надеяться обучить себя общению и научиться гармонизировать с ней.

Выбор статей

При выборе содержимого вашего офиса учитывайте хороший вкус, практичность и психологическое воздействие на всех посетителей. Помните, что вы рассчитываете проводить много часов каждый день в компании со своей мебелью, и выбирайте такие вещи, которые будут способствовать вашему надлежащему профессиональному настрою. Профессия хиропрактика во многом похожа, но и во многом непохожа ни на какую другую. Поэтому его офисное оборудование, хотя и соответствует в целом оборудованию других профессиональных кабинетов, должно подбираться с учетом особых потребностей мануального терапевта и его

пациентов. До сих пор эта профессия уделяла слишком мало внимания выбору офисного оборудования.

Мебель в целом

Меблировка офиса зависит от размера и расположения помещения, находящегося в вашем распоряжении. У вас должна быть, по крайней мере, комната ожидания и отдельный кабинет, даже если для разделения одной арендуемой комнаты требуется недорогая перегородка. Более просторный люкс - лучшая инвестиция, когда это возможно. В зале ожидания должны быть мягкие кресла, библиотечный стол, вешалка в прихожей, зеркало и удобный диван или кушетка. Пол должен быть застелен хорошим ковром, а стены должным образом и чисто оформлены и увешаны успокаивающими, приятными картинами. Книжный шкаф, заполненный тщательно отобранными книгами, станет хорошим дополнением.

При входе в ваш личный кабинет пациент должен увидеть ваш диплом, который висит на виду у входа и который недвусмысленно подтверждает вашу пригодность к практике, ваши профессиональные способности. Важность этого момента трудно переоценить. Умный посетитель ожидает, что вы прошли тщательную подготовку и обладаете глубокими знаниями своей работы. Если он отметит диплом как доказательство этого и вашей гордости за свой колледж, он будет спокоен.

Если в вашем распоряжении только две комнаты, вторая должна быть одновременно смотровой, примерочной, раздевалкой. Таким образом, в нем должны быть ваш письменный стол, рабочее кресло, стулья для пациента или пациенток, регулировочный столик или столики, шкаф для полотенец, туалет и занавешенное углубление для туалетного столика, стула и крючков для развешивания одежды. На стене висят таблицы, по которым иногда бывает необходимо объяснить спрашивающему ту или иную часть человеческого механизма.

Этот зал должен производить двоякое впечатление — деловое и профессиональное. В нем должны быть особые атрибуты вашей профессии и некоторые предметы, наводящие на размышления об обычном деловом офисе, такие как письменный стол, картотека, пишущая машинка и т.д.

Давайте рассмотрим эти моменты более подробно.

Зал Ожидания

В вашей приемной ждут новые пациенты и формируют свое мнение о вас еще до вашего появления. Это усталые пациенты, возможно, измученные годами болезни, и необходимо учитывать их комфорт. У них есть некоторое время, чтобы использовать его каким-то образом, и необходимо изучить использование их разума в течение периода ожидания.

По этим причинам, прежде всего, зал ожидания должен быть обставлен тихо, с безупречным вкусом, но *хорошо* обставлен. Хороший темный ковер для пола, а не циновка или линолеум с их намеком на голость, тонированные или оклеенные обоями стены спокойного оттенка, мягкая мебель, приятная глазу и удобная для уставших, ослабленных тел, и библиотечный стол с соответствующей литературой для занятия ума — вот подходящая обстановка для приемной.

Пусть таблица содержит в основном литературу по хиропрактике, и выбирайте эту литературу с осторожностью. Убедитесь, что она отражает точку зрения на вашу профессию, которой вы хотите произвести впечатление на своих пациентов. Она должна быть научной, хорошо написанной, не сенсационной, не касаться грубо или вульгарно отвратительных болезней или их особенностей, но спокойно убедительной. Ваша литература должна поражать величиим хиропрактики, не выдвигая экстравагантных утверждений, которые ваши пациенты будут ожидать от вас подтверждения. Ваш выбор книг для книжного шкафа должен убедить всех наблюдателей в вашем надлежащем литературном вкусе, в противном случае от книжного шкафа лучше отказаться. Точно так же картины на стенах должны наводить на мысль о приятных вещах, успокаивающих, располагающих к созерцанию.

По возможности обеспечьте помещение с высокими потолками, хорошей вентиляцией, большим количеством свежего воздуха без сквозняков. И тогда пусть все предметы в комнате *гармонизируют*. Одна резкая нота в форме или цвете может испортить весь эффект, которым должна быть комфортная простота.

Личный кабинет

Оборудование вашего личного кабинета имеет еще большее значение, чем содержимое комнаты ожидания. Именно в этой комнате выполняется ваша работа. Там ваши пациенты делятся с вами своими слабостями; там они окончательно решают, стоит ли доверять вашим знаниям и навыкам; в этой комнате они формируют свое суждение о вашей чистоплотности, использовании вами системы; *там они знакомятся с вами*.

Расстановка мебели

После тщательного отбора каждого предмета мебели для личного кабинета следует тщательно изучить его *расположение*.

Когда пациент впервые заходит в личный кабинет, он должен иметь возможность ознакомиться с вашим дипломом. Он также должен сидеть так, чтобы он мог видеть это, консультируясь с вами, и все другие объекты, находящиеся в поле его зрения во время консультации, должны быть выбраны таким образом, чтобы не привлекать его внимания к чему-либо, чуждому его визиту и его цели.

Возле письменного стола ставятся два стула, один - удобный для вас, предпочтительнее вращающийся, и стул с прямой спинкой, обитый кожей, для пациента. Расставляя эти стулья, будьте осторожны с двумя вещами: пусть самый яркий свет светит над вашим плечом и четко вырисовывает лицо пациента; и пусть ваш собственный стул будет *выше*, чем у пациента, чтобы он смотрел немного вверх, чтобы встретиться с вашим прямым взглядом. Для последнего упомянутого пункта есть веская психологическая причина; чтобы контролировать любой диалог с другим человеком, поставьте себя на более высокий уровень, чем он, и подсознательно он подчинится внушению и поднимет свою мысль навстречу вашей, предлагая ее, а не командуя ею. Освещение устроено так, чтобы его можно было использовать для наблюдения в целях диагностики за каждым признаком выражения лица, жеста и цвета кожи.

Располагайтесь позади стола, где до него можно легко дотянуться, но где его ужасное внушение не будет воздействовать на нервы чувствительных людей без вашего преднамеренного намерения, возьмите позвоночный столб для демонстрации. Есть много случаев, когда необходимо показать подвывих в том виде, в каком он может возникнуть.

Рядом со столом, в пределах легкой досягаемости вашей руки, должна располагаться по крайней мере одна секция книжного шкафа, содержащая те справочные работы, к которым вы часто обращаетесь. Содержание этого раздела будет рассмотрено позже; сейчас достаточно сказать, что они должны быть хорошо переплетены и расположены таким образом, чтобы в случае возникновения сомнительных моментов с ними можно было ознакомиться сразу, не вставая. Я не придерживаюсь мнения, что претензия на неограниченные знания является ценным профессиональным достоянием. Мне кажется, что лучше откровенно обратиться за авторитетной информацией, даже в присутствии пациента, чем допустить, чтобы в вашу работу вкралась ошибка, и ваши более умные пациенты оценят вашу заботу. Кроме того, такое расположение ваших книг удобно, когда вы остаетесь в одиночестве и обдумываете дела, которые проходили перед вами в течение дня. Возникает соблазн учиться.

На письменном столе должна стоять пишущая машинка, важная для деловых методов, и картотека для материалов дела. Кстати, у вас должны быть аккуратные бланки для писем и распечатанные канцелярские принадлежности для всей корреспонденции, хотя чистая белая бумага лучше, чем чрезмерно вычурный дизайн или обильная раскраска.

На стене висят несколько хороших анатомических и физиологических таблиц, на которых могут быть указаны определенные факты для инструктажа пациентов. Можно предложить, чтобы они висели на стеллажах, чтобы поверхностные карты можно было легко менять и чтобы те, которые обычно выставляются на обозрение, были такими, чтобы избежать неприятных предположений любого рода. Например, рентгенограмма тела, показывающая скелет, вызывает у обычного человека лишь на один градус меньшее отвращение, чем сами кости. Хотя ваше обучение в колледже лишило объект всех эмоций, для вас подумайте о чувствах ваших посетителей.

Регулируемые таблицы

Для всех целей лучшим типом скамейки, представленной сейчас на рынке, вероятно, является скамейка, состоящая из двух секций, одной фиксированной, а другой — задней — скользящей по направляющей. Обе секции должны регулироваться под разными углами к плоскости основания, и некоторые из лучших столов изготавливаются таким образом, чтобы позволять изменять расстояние от пола до всей столешницы или до любой ее части, что является большим преимуществом в том смысле, что высоту стола можно регулировать в соответствии с высотой регулировщика.

Теперь необходима поддержка брюшного пресса, но она должна быть настолько эластичной, чтобы не мешать регулировке. Кожаная обивка более гигиенична, чем плюшевая, и вошла в широкое употребление.

Отверстие в передней части, через которое лицо может смотреть вниз и выпрямлять шейный и верхний отдел позвоночника для пальпации и регулировки, является недостатком, а не

подспорьем, и будет совершенно ненужным для того, кто следует технике, изложенной в этой книге.

Бросок

Желательным дополнением к этому столу является рулон с обивкой из довольно прочного материала диаметром около восьми дюймов. Его можно поместить под бедра пациента с задней стороны, таким образом приподнимая бедра и выпрямляя поясничную область, чтобы отделить остистые отростки. Валик особенно полезен для коррекции задних поясничных подвывихов, поскольку его вращение нецелесообразно.

Когда пациент лежит на скамье bifid в обычном положении регулировки, поясничные остистые отростки прижаты друг к другу, а тела разделены. При вращении, поскольку регулировка выполняется с использованием короткого силового рычага против длинного силового рычага (расстояние от точки контакта до центра вращения равно расстоянию от центра вращения до переднего края туловища), и поскольку самая тяжелая часть позвонка — тело - больше всего перемещается, такое положение подвески обеспечивает самую легкую регулировку. Но если позвонок расположен сзади и используется контакт с остистым отростком, наилучшую регулировку можно обеспечить с помощью валика или стола, регулируемого под углом, равным тому, который был бы закреплён с помощью валика.

Чистота

Все в офисе должно содержаться в безупречной чистоте. Туалет с вешалками для полотенец, заполненными чистыми полотенцами, является абсолютной необходимостью. Если в офисе нет встроенного туалета, можно оборудовать переносной, который подойдет для любых целей. Будет хорошо, если пациент заметит, что вы тщательно моете руки перед проведением коррекции.

В офисе должен быть шкаф для полотенец со стопкой чистых полотенец и отделением для использованных полотенец. Для экономии расходов на стирку можно использовать тканевые полотенца. Перед каждой регулировкой следует развернуть чистое полотенце и положить его на переднюю часть скамьи таким образом, чтобы голова и лицо пациента лежали на идеально чистой поверхности. Когда регулировка будет завершена, бросьте полотенце в отделение для использованных полотенец. Такое использование полотенец сводит к минимуму риск заражения от зараженной микробами обивки, обеспечивает пациенту заботу и чистоту и укрепляет доверие пациента к вам.

Гардеробная

Занавешенная ниша, отделенная ширмой от остальной части комнаты, подойдет, если нет отдельного помещения для гардеробной. Лучше, если это возможно, иметь отдельную гардеробную, а еще лучше - отдельные раздевалки для мужчин и женщин. Если в вашем распоряжении нет дополнительных комнат и вы пользуетесь нишей с занавесками, убедитесь, что в ней есть хорошее освещение, туалетный столик с зеркалом, небольшой стул и крючки для одежды. Приготовьте также несколько туалетных мешочков для женщин, хотя большинство из них предпочтут приобрести свои собственные.

В Туалет

Общеизвестно, что пациент, которого можно поддерживать в спокойном и расслабленном состоянии в течение некоторого времени после корректировки, получает от этого наибольшую пользу. После ослабления подвывихнутых позвонков путем вправления они склонны занимать свое прежнее ненормальное положение, и каждое движение пациента в течение некоторого времени способствует этой тенденции. Тишина обеспечивает адаптацию окружающих тканей к измененному положению позвонка; действие облегчает повторную адаптацию позвонка к состоянию окружающих тканей.

По возможности следует выделить специальную комнату, в которой пациенты могли бы с комфортом полежать в течение двадцати-тридцати минут после корректировки. Если одновременно должны отдыхать более одного пациента, следует предусмотреть отдельные комнаты для мужчин и женщин. Комнаты отдыха должны иметь высокие потолки и отличную вентиляцию без сквозняков. Полы должны быть покрыты ковром, чтобы смягчать шаги и наводить на мысль о тишине и отдыхе. Растения в горшках очень хорошо украшают такую комнату и всегда создают приятное впечатление.

Пациенты лежат на раскладушках, которые складываются для удобства, когда ими не пользуются, и должны лежать на спине как можно тише. Некоторые предпочитают прочные кровати на роликах, чтобы кровать можно было бесшумно катить рядом с регулировочным столом. После регулировки пациент может одним поворотом переместиться на ней, а затем ее можно аккуратно вкатить в комнату отдыха. Это более законченный, хотя и более дорогостоящий способ решения проблемы.

Возможно, было бы неплохо найти какое-нибудь занятие для ума, и с этой целью, поскольку чтение в таком положении вредно для глаз, хороший фонограф является ценным дополнением. Вооружите его мягкой иглой для гостини и выбирайте только успокаивающую музыку. Точно так же, как вы избегали бы окрашивать стены в комнате отдыха в яркие цвета, возбуждающие больной разум, точно так же избегайте возбуждающей или резкой музыки. Цель этой комнаты - *отдых* для ума и тела. Пусть каждая мысль будет направлена к этой цели. Некоторым пациентам следует избегать использования фонографа или других развлечений. Внимательно изучите свои случаи.

Поход в кабинет хиропрактика слишком часто рассматривается в свете неприятной необходимости. Если при оснащении кабинета будет применен надлежащий уход и если будут использованы те средства, которые были предложены для туалета, это в дополнение к приятной личности хиропрактика может сделать посещение приятным занятием, частью дня, которую следует ожидать с нетерпением.

Полный Комплект

Количество комнат в идеально удобном люксе зависит от приблизительного количества дел, которые необходимо рассматривать ежедневно. Если необходимо сэкономить время практикующего, потребуется большее количество комнат, чем было бы желательно при небольшой практике.

Зал ожидания, кабинет для консультаций, две или более корректирующих комнат и две комнаты отдыха - это, вероятно, наилучшее количество комнат и их использование. Желательно, по

возможности, чтобы комната для переодевания использовалась только для этой цели и чтобы в ней были отдельные комнаты для мужчин и женщин. В таком случае в каждой комнате для переодевания может быть своя гардеробная или ниша. Или в дополнение к другим комнатам, названным выше, может быть множество небольших комнат, в каждой из которых есть регулировочный стол и раскладушка для отдыха, и каждая служит комнатой отдыха после регулировки. Если обеспечить достаточное количество пациентов, с которыми можно справиться таким образом, насколько позволяет время, практикующему врачу вообще не нужно терять времени, и каждый пациент может находиться в палате в полном своем распоряжении на протяжении всего визита.

Справочная библиотека

Это должно состоять из тех стандартных работ, на которые вы обязательно будете ссылаться чаще всего. Грей, Моррис или другой авторитетный специалист в области анатомии, физиология Брубейкера или Халибертона, Батлер или Осиер по диагностике, Делафилд и Прудден по патологии, Морат по физиологии нервной системы, Бинг по регионарной диагностике поражений нервов, одна или две хорошие работы по психологии, гинекологии, гистологии и т.д., хороший медицинский словарь и любые книги по хиропрактике, которым вы доверяете, составляют отличный список. Будет достаточно любых стандартных работ, и этот список просто предлагается для тех, кто может сомневаться в своих вкусах. Всегда изучайте книги, прежде чем покупать их, даже те, что названы выше. Рядом с трудами по хиропрактике ни одна книга не является столь необходимой или полезной, как хороший медицинский словарь, желательно большой и полный.

Табличка на двери

На вашей двери должна быть табличка золотого или черного цвета с указанием вашего имени, фирмы и, возможно, часов работы. На нем может быть написано: “У. Р. Джонс, хиропрактик” или “Джонс и Джонс, хиропрактики” с указанием времени приема. Избегайте повторений, таких как “доктор У. Р. Джонс, хиропрактик” или “У. Р. Джонс, д.К. н., хиропрактик”.

Реклама

Слова довольного пациента своему другу - лучшая реклама. Помимо этого, существуют значительные различия во мнениях относительно того, что представляет собой правильную, этичную и мудрую рекламу. Я не буду пытаться разрешить этот вопрос, а просто предположу, что, хотя, несомненно, необходимо часто объяснять общественности различными способами, что такое хиропрактика и что она может сделать, разумно быть как можно более сдержанным и достойным и избегать оскорблений кого бы то ни было. Таким образом, явно неразумно рекламировать, что ваш конкурент - мошенник, гораздо разумнее убедить своих читателей логикой и убедительностью ваших заявлений, что вы таковыми не являетесь. Учитывайте хороший вкус и избегайте неприятных упоминаний о отвратительных или вульгарных болезнях. Такая реклама ассоциируется в общественном сознании с шарлатанством, с патентованными лекарствами и медицинскими институтами, и какими бы искренними и правильными ни были ваши мотивы, это будет неверно истолковано теми, к кому вы хотите обратиться.

Рассмотрите также юридическую сторону рекламы. Изучите законы вашего штата и избегайте любых заявлений, которые будут противоречить закону. В некоторых штатах запрещено размещать рекламу с использованием термина “Доктор”, если у вас нет медицинской лицензии. В других штатах реклама с целью “лечения” болезни означает техническую медицинскую практику. В любом случае, в таких утверждениях отсутствует истина, потому что хиропрактик проводит корректировку, а не лечение, и потому что только природа может вылечить.

Коллекционные карточки

Разные сообщества используют разные методы сбора средств. Для одной категории пациентов, возможно, было бы лучше никогда не упоминать о сборах, за исключением ответа на запрос и простого представления ежемесячных выписок по счетам всем пациентам. С другим необходимо взимать плату заранее. Больше хиропрактиков используют этот метод, чем любой другой, и многие используют карты для этой цели.

На этих карточках лучше всего печатать имя, адрес, номер телефона и т.д. На одной стороне, а на другой - шесть или двенадцать пробелов, зачеркнутых с одного конца для обозначения внесенных изменений, и слова: “Подходит для шести (или двенадцати) человек”. Коррекция мануальной терапии в (офисе) (по месту жительства) при надлежащей подписи”. Ниже следует оставить строку для вашей подписи, а внизу четко напечатать стоимость карты. При желании можно оставить место для имени пациента, чтобы сделать карточку непередаваемой.

Карточка выдается в начале курса корректировок, и дубликат хранится в файле. Каждый раз, когда пациент проходит корректировку, он предъявляет свою карточку перед уходом, и в ней пробивается один пробел. С помощью этой системы и пациент, и специалист по корректировке могут точно знать количество произведенных корректировок, и можно легко вести счета. Без этого для каждой корректировки должна быть сделана какая-либо запись в книге учета.

Самое лучшее в этой системе то, что она напоминает пациенту о том, что вы ожидаете предоплаты, без необходимости вашего уведомления об этом, поскольку слова “авансом” следуют за указанием цены на карточке. Во время оплаты вы даете ему в качестве квитанции карточку, дающую право на определенную сумму ваших услуг в оговоренном месте.

Расписание экзаменов

Этот метод расследования новых случаев предлагается в качестве рекомендации, которой следует следовать, насколько это позволяет образование хиропрактика. Если каждый практикующий врач примет какой-нибудь подобный метод постановки своих собственных диагнозов, он продвинется в своих способностях гораздо быстрее, чем принимая диагнозы, поставленные его пациентам врачами или другими людьми. Мы должны помнить, хотя и без высокомерия, что наша особая способность обнаруживать подвывихи и наше знание их значения как основных причин заболевания делают нас лучше подготовленными к постановке правильного диагноза, чем наших друзей-медиков, при прочих равных условиях.

Должно быть совершенно очевидно, что при попытке достичь какой-либо цели необходимо, во-первых, иметь в виду четкое предвзятое представление о том, что должно быть достигнуто, и, во-

вторых, иметь четкое и сжатое, но в то же время полное описание шагов, которые необходимо предпринять, их порядка или последовательности и их относительной важности в достижении. Эти две потребности, касающиеся диагностики у хиропрактика, мы постараемся удовлетворить в этом разделе.

Хиропрактическая диагностика, как правило, состоит из трех частей: пальпации позвонков, отслеживания нерва и симптоматики, а также рассуждений, необходимых для надлежащего взвешивания и обобщения установленных фактов. Из этих трех разделов два должным образом подпадают под раздел физикальной диагностики, а третий, симптоматический, должен состоять в основном из физикальной диагностики.

Везде физическому или объективному признаку отдается предпочтение перед субъективным симптомом. Прежде чем пациенту будет задан отдельный вопрос относительно случая или его истории, следует использовать все другие способы получения информации, должным образом относящиеся к диагностике хиропрактики. Вопросы должны быть заданы в последнюю очередь, их должно быть очень мало и они должны быть прямыми. Они должны служить лишь для того, чтобы прояснить несколько оставшихся сомнительных моментов в сознании экзаменатора, моментов, которые, возможно, существуют только из-за какой-то ошибки или слабости в его методах обследования.

Надлежащий порядок обследования следующий:

1. Общее наблюдение.
2. Пальпация позвонков.
3. Отслеживание нерва.
4. Специальное обследование.
5. История дела.
6. Краткое содержание.

Общее наблюдение

Наблюдение за пациентом с целью определения любых признаков заболевания должно начинаться с того момента, как пациент переступает порог кабинета. Это должно продолжаться во время вашего разговора, а также во время последующей пальпации позвоночника и отслеживания нерва. Разум обследующего должен быть постоянно начеку, чтобы заметить любой признак на любой открытой части тела пациента или любое движение, которое может выдать природу заболевания или недугов, которыми он страдает.

Прежде чем подготовить пациента к пальпации, обратите внимание на темперамент, положение и осанку головы, туловища и конечностей, а также на черты лица.

Попросите пациентов мужского пола раздеться до пояса, а пациенток женского пола снять всю одежду до пояса, за исключением свободного халата или кимоно, которые надеваются задом наперед так, чтобы они открывались сзади и открывали позвоночник для непосредственного

осмотра. Нельзя совершить большей ошибки, чем попытаться осмотреть позвоночный столб через одежду или другое покрытие. Обследуйте пациента, сидя на скамье или табурете так, чтобы ноги были равномерно поставлены на пол. Если пациент по какой-либо причине не может принять это положение, обследование может быть несколько изменено.

Находясь в этом положении, продолжайте наблюдение за точками, упомянутыми выше, и обратите внимание также на состояние кожи, будь то ненормальный цвет, влажность или питание, или есть ли покраснение, цианоз или бледность, шероховатость, сыпь и т.д.; состояние костей и суставов, отличных от позвоночных; общее истощение или ожирение, местное недоедание или гипертрофия; следы операции, шрамы и т.д.; и действие мышц более подробно, чем указано в разделе положение и осанка частей тела.

Заметив это, прекратите общее наблюдение и все другие соображения на время в пользу пальпации позвонков.

Пальпация позвонков

Первичным объектом пальпации позвонков является локализация подвывихов или частичных смещений, а также определение относительной степени и направления обнаруженных. Далее следует записать подвывихов таким образом, что прочтение вашей записи позволит вам в любой момент восстановить мысленную картину позвоночника, насколько это возможно. (См. [Запись](#).) При составлении протокола определяется надлежащая форма корректировки для исправления каждого подвывиха.

Наконец, если не удастся обнаружить подвывих в определенных сегментах, вы можете безопасно исключить эти сегменты из рассмотрения и сосредоточить свое дальнейшее внимание на остальных. (См. [Спиноорганическую связь](#).) Следует иметь в виду, что, хотя обнаружение подвывиха не всегда является положительным доказательством необходимости коррекции, *отсутствие* подвывиха любого сегмента позвоночника является положительным доказательством отсутствия заболевания в соответствующем соматическом сегменте. Таким образом, дифференциальной диагностике часто в значительной степени помогает пальпация.

Отслеживание нервов

Сузив таким образом область операции, проследите от позвоночника к периферии каждый нерв, достаточно чувствительный, чтобы его можно было проследить, отмечая связь чувствительных нервов с подвывихами, уже обнаруженными пальпацией. По возможности отмечайте *степень* болезненности различных нервов и помните на протяжении всего оставшегося обследования о том факте, что повышенная болезненность в каком-либо одном сегменте указывает на более тяжелое заболевание в этом сегменте.

Лучше всего проявлять большую осторожность при полном исключении какого-либо сегмента из рассмотрения из-за отрицательных результатов при попытке отслеживания нерва. Тот факт, что нерв не прослеживается, не всегда является доказательством отсутствия ущемления, а только того, что не существует *раздражения*. Раздражение нерва может быть вызвано только легким или острым ударом. В сорока, а возможно, и в пятидесяти процентах всех случаев нервы вообще не прослеживаются. (См. [Отслеживание нервов](#).)

Специальное обследование

К этому времени эксперт сформировал некоторое представление о рассматриваемом деле. У него есть ключ к разгадке возможной природы заболевания, и он сузил свое наблюдение до нескольких сегментов тела или нескольких органов, которые требуют более специального обследования. Это может быть достигнуто путем осмотра, пальпации, аускультации и перкуссии.

История дела

Установив с помощью этих методов все факты, которые можно установить без информации от пациента, становится необходимым немного углубиться в историю данного случая. В первую очередь следует изучить историю падений, толчков, ударов или травм любого рода, и их следует рассматривать в свете их влияния на ранее установленное состояние позвоночника. Иногда определенный анамнез несчастного случая, непосредственно предшествовавшего развитию симптомов заболевания, предполагает его связь с болезнью, а точная природа несчастного случая указывает нам на какой-то из нескольких зарегистрированных подвывихов в качестве вовлеченного. Это, в свою очередь, может помочь в постановке сомнительного дифференциального диагноза. Каждый шаг в процессе обследования помогает объяснить и прояснить факты, выявленные на других этапах, до тех пор, пока факты сами по себе не выстроятся в полную и понятную картину.

На этом этапе в некоторых случаях можно будет остановиться и опереться на собранные доказательства. Если вы в состоянии на данный момент четко указать характер случая, способ его возникновения, локализацию заболевания и вызвавших его подвывихов, вид подвывихов и шансы на выздоровление при корректировке, предпочтительно сделать это. Таким образом, вы поставите полный диагноз, не прибегая к информации от пациента, за исключением истории травм.

Иногда, однако, бывает необходимо углубиться в изучение случая и установить наличие и природу субъективных симптомов. Если это необходимо, экзаменатор должен ограничить свои вопросы частями тела, указанными как больные, и таким образом ограничить количество вопросов и сделать их все прямыми и существенными. Важно избегать тривиальных или неуместных вопросов.

Краткие сведения

Наконец, установив все необходимые факты, мысленно обобщите их все, объединив результаты пальпации, прослеживания нерва и симптоматику, чтобы прийти к определенному выводу относительно локализации и характера патологического процесса, вызывающего его подвывиха и точной формы коррекции, необходимой для его устранения.

В конце обследования экзаменатор должен быть в состоянии точно указать, в каком состоянии, по его мнению, находится пациент, указать причины и нервные связи, а также продемонстрировать подвывих в подтверждение каждого утверждения.

История болезни должна содержать всю необходимую информацию, касающуюся диагноза и коррекции, которая должна быть применена.

Необходимость правильного диагноза

Диагноз, в ограниченном смысле, означает просто обозначение болезней. Но в более широком и правильном смысле это означает знание болезни и включает в себя знание причинных факторов, локализации и характера заболевания, степени повреждения структуры и функциональных нарушений, а также вероятной продолжительности и исхода заболевания с корректировками хиропрактики или без них. В этом более широком смысле мы используем этот термин далее.

Целью диагностики является правильная настройка. Включая пальпацию, отслеживание нерва и симптоматику, диагноз хиропрактика в конкретном случае должен включать все знания, на основе которых он приступает к корректировке.

На самом деле есть два важнейших вопроса, которые постоянно возникают перед занятым практикующим. Один из них: “Что случилось с моим пациентом?”, а другой: “Что я могу сделать, чтобы облегчить его состояние?” Практика сводится к этим двум разделам: диагностике и корректировке.

Таким образом, реальный вопрос, который должен возникнуть у мыслящего хиропрактика, заключается не в том, “Должен ли хиропрактик изучать диагноз?”, а скорее в том, “С какой точки зрения мы должны изучать диагноз?”. На каких частях предмета мы должны сосредоточить наше внимание?”

Несомненно, наиболее важным разделом диагностики для нас является пальпация позвонков. С его помощью мы узнаем те факты о позвоночнике, без которых мы совершенно неспособны работать хиропрактиками. Знание состояния позвоночника является *наиболее важной* частью диагностики.

Следующим по важности является изучение физических или объективных признаков по всему телу — обследование тела на предмет обнаружения всех изменений в размере, форме, положении и т.д. Органов, которые указывают на заболевание. Это включает в себя отслеживание нерва, которое в некоторых случаях является наиболее важным разделом физикальной диагностики после пальпации позвонков.

Наконец, может потребоваться определенная степень обследования на наличие *субъективных* симптомов. Но хиропрактик будущего должен стать и, вероятно, станет по преимуществу *физическим диагностом*.

По многим причинам мы должны иметь возможность полагаться на наши собственные диагнозы. Способность ставить диагнозы делает нас независимыми от ошибок или ложных убеждений других. Поскольку он включает в себя знание подвывихов, не входящее в программу медицинской подготовки, но все же жизненно важное для правильной интерпретации патологических явлений, он может быть более точным, чем любой диагноз, который игнорирует эти причинные факторы. Привычка диагностировать свои собственные случаи позволяет человеку, всегда полагаясь на собственное суждение, исправлять и совершенствовать себя во всех ошибках, ответственность за которые тогда несет только он сам.

Общие знания в области медицинской диагностики, патологии, бактериологии и т.д. Позволяют хиропрактику найти общий язык с врачом; фактически, это дает хиропрактику явное преимущество, поскольку он знает не только то, что знает его друг-врач, но и важнейшие факты о позвоночнике, которые неизвестны другим. Такие знания и способность разумно обсуждать болезнь также обеспечивают взаимопонимание с каждым пациентом. Каждый пациент является специалистом в той болезни, которой, по его мнению, страдает, и он ожидает от своего врача больших знаний, чем его собственные.

Признание заразных заболеваний как таковых является абсолютной необходимостью для соблюдения законов и охраны общественного здоровья. Точное состояние и степень жизнеспособности пациента, а также знание о существовании абсцесса, гангрены, кишечной непроходимости и т.д. Часто предупреждает хиропрактика о том, что его корректировка была бы опасна для пациента. Точная диагностика позволяет избежать многих возможных травм. Даже частота, с которой следует проводить коррекцию, зависит от диагноза.

Особые случаи

Есть определенные случаи, которым хиропрактик бессилен помочь, и немедленное распознавание таких случаев избавит от многих проблем. Например, при кишечной непроходимости из-за инвагинации или ущемленной грыжи лучше всего посоветовать немедленно обратиться к хирургу, в то время как при непроходимости из-за заворота кишечника или паралича кишечника коррекция может принести облегчение, и ее следует, по крайней мере, попробовать в первую очередь.

Любой внутренний абсцесс представляет возможность прорыва в серозную полость или вещество паренхиматозного органа и поэтому опасен, в то время как поверхностный абсцесс, обращенный к поверхности, лучше всего поддается коррекции. Сильно изъязвленный или гангренозный аппендикс может разорваться при вправлении с последующим диффузным перитонитом. Хрупкие стенки подвздошной кишки при брюшном тифе могут перфорироваться при коррекции, в то время как на ранних стадиях заболевание легко излечимо. Сгнившие тела позвонков при болезни Поттса (кариес позвоночника) могут быть раздавлены тяжелой рукой невежественного настройщика.

Грамотное ведение дела *должно* включать точный диагноз.

Частота регулировок

Частота корректировок на практике должна полностью определяться характером случая и обстоятельствами, в которых находятся пациент и специалист по корректировке. Жестких правил установить невозможно, но некоторые общие советы могут оказаться полезными.

Случаи острой лихорадки могут быть скорректированы до тех пор, пока лихорадка не спадет, чаще, чем случаи любого другого типа. Главной задачей является регулирование температуры, после чего организм способен должным образом восстанавливаться. Иногда может потребоваться делать от двух до шести прививок в день, и по крайней мере в одном случае столбняка прививки проводились с интервалом около десяти минут в течение нескольких часов, пока лихорадка не была взята под контроль. После такой серии процедур разумнее всего

воздержаться от повторной коррекции в течение нескольких дней, чтобы пациент мог восстановить силы в течение этого периода, при условии, что лихорадка не вернется. Было замечено, что после серии коррективов, проводимых с короткими интервалами, улучшение состояния пациента часто растягивается на несколько дней или недель.

В обычных хронических случаях, при хорошем жизненном тонусе и реактивной мощности, сначала лучше всего проводить ежедневную коррективу. Затем, после курса, состоящего из шести-двадцати четырех коррективов, в соответствии с мнением практикующего, интервал удлиняется, и коррективы проводятся поочередно, с перерывом в день отдыха между каждыми двумя. У ослабленных пациентов или тех, кто чрезвычайно чувствителен, шок от ежедневной адаптации, даже на первых порах, и потребность организма в восстановительных силах могут быть больше, чем может быть удовлетворено.

В этой связи можно упомянуть, что автор сталкивался с несколькими случаями дорсального лордоза, вызванного слишком тяжелыми и слишком частыми регулировками, растяжением связок быстрее, чем они могли быть восстановлены, и продолжающимся напряжением в течение слишком длительного периода. Можно *перенапрячь* пациента, что приведет к ослаблению позвоночника и другим вредным последствиям, точно так же, как можно установить “толерантность” к лекарству при длительном применении.

Во время длительного курса коррективов полезно время от времени давать пациенту неделю полного отдыха или даже больше, а по прошествии времени, возможно, будет разумно сократить количество коррективов до двух в неделю в некоторых случаях.

С другой стороны, практика предоставления одной коррективы в неделю с самого начала, которой придерживаются некоторые практикующие врачи, имеющие офисы во многих населенных пунктах и посещающие каждый из них один день в неделю, как правило, не дает хороших результатов, и автор придерживается практики отказывать новым пациентам, которые заявляют о своей неспособности получать более одной коррективы в неделю. Интервал настолько велик, что все ремонтные работы, начатые при каждой регулировке, завершаются, и инволюционное изменение начинается перед следующей.

Специфическая и Общая настройка

Под специальной регулировкой понимается выбор и регулировка позвонка или групп позвонков, которые, как известно, вызывают определенное заболевание или слабость. Термин “специфическая корректива” подразумевает, что для коррективы каждого позвонка существует особая причина, которая признается.

Общая коррекция, с другой стороны, означает либо коррекцию всех ощутимых подвывихов, либо всех наиболее заметных, либо всех обнаруженных при условии, что не будут скорректированы два позвонка подряд, в соответствии с убеждениями различных специалистов.

Конкретная корректива зависит от диагноза и требует правильной интерпретации заболевания. Общая регулировка учитывает только состояние позвоночника и проводится

исходя из принципа, что если позвоночник в порядке, то прав и человек - совершенно правильный принцип, независимо от того, целесообразна общая регулировка или нет. Давайте рассмотрим некоторые аргументы за и против каждого метода и, по возможности, придем к выводу.

Использование специальных приспособлений требует от хиропрактика постановки точного диагноза и вынуждает его мысленно установить прямой контакт с точным состоянием пациента, чтобы выбрать подходящие позвонки. Иногда менее выраженный подвывих вызывает более острое или опасное заболевание, чем более выраженный. Специфическая коррекция приводит к более разборчивой и точной пальпации.

Специфическая адаптация ослабляет и шокирует слабого или нервного пациента меньше, чем общая адаптация. Это также концентрирует восстановительные силы пациента на тех частях тела, которые *больше всего нуждаются в ремонте*. Организм обладает лишь определенной ограниченной способностью бороться с болезнью или наращивать ослабленные ткани. Широко распределять эту силу - значит ослаблять ее действие в какой-либо конкретной местности.

Привычка к определенной корректировке и правильному выбору позвонков позволяет хиропрактику в любое время определенно объяснить, что именно он делает и почему он это делает. Мы утверждаем, что, вправляя позвонок, мы устраняем основную причину заболевания. Иногда бывает неловко, когда тебя спрашивают, есть ли у пациента девять заболеваний или требуется девять подвывихов, чтобы вызвать один случай острого насморка. Правильный ответ на любой из этих вопросов приводит к досадному расхождению между теорией и практикой.

В пользу практики общей коррекции было сказано, что ошибки в диагностике становятся неважными, если скорректировать все подвывихи; что если позвоночник выпрямлен, пациент *должен* восстановиться. В противовес первому утверждению, которое является убедительным, поскольку диагносты столь сильно подвержены ошибкам, можно сказать, что ошибки при пальпации почти, если не совсем, так же часты, как ошибки в других областях диагностики, и что склонность к ошибкам меньше, если все возможные методы сверяются друг с другом, чем если используется только один. Второе утверждение совершенно верно; но оно основано на предположении, что при обычной практике позвоночник *может* быть полностью выпрямлен. На самом деле это происходит редко, если вообще когда-либо происходит. Практически невозможно полностью “выровнять” позвоночник. Лучшее, что было сделано на данный момент, за исключением острых подвывихов, - это так изменить подвывихи, чтобы болезнь исчезла.

Мы можем вставить здесь утверждение, что хиропрактик не может предложить большего или более убедительного доказательства некомпетентности, чем заявление о том, что он полностью “выровнял” позвоночный столб за одну, шесть или дюжину корректировок, как заявляют некоторые. Если человек честен в таких заявлениях, это является положительным доказательством того, что он не способен к точности пальпации или же, прискорбно, подвержен самовнушению. Клиницисты с доказанными способностями, обследовавшие более пяти тысяч позвоночников каждый, сходятся во мнении, что абсолютно нормального позвоночника обнаружено не было, независимо от того, был ли позвоночник скорректирован или нет.

Но главный аргумент против общей адаптации заключается в том, что она рассеивает восстановительные силы организма по многим сегментам, некоторые из которых на самом деле не нуждаются во внимании, в то время как один или два сегмента, которым требуется максимально возможная концентрация энергии, получают лишь незначительную долю.

Если мой пациент страдает острой пневмонией и ничем иным, и если я требую, чтобы он подвергся общей коррекции, включающей около восьми подвывихов, два из которых поясничные, я поступаю ненаучно и неразумно. Чего требует этот случай, так это немедленного локального улучшения.

Весьма вероятно, что эффективным хиропрактиком будущего будет конкретный настройщик; что каждое признанное состояние организма будет предлагать определенную и научно обоснованную корректирующую меру; и что догадки будут в значительной степени устранены.

Тезисы для обсуждения

Самое важное, что хиропрактик должен изложить своему пациенту, - это теории и факты, характерные для хиропрактики, возможно, подтвержденные только исследованиями хиропрактики. Эти теории и факты подробно обсуждались в других местах: теория подвывиха, которую легко продемонстрировать на примере позвоночника в качестве наглядного урока, взаимосвязь между первичными и вторичными причинами заболевания, прямота и полнота результатов коррекции позвоночника - эти объяснения более убедительны, чем демонстрация богатства знаний методов и теорий, используемых другими практическими школами. Хиропрактика была построена не на основании ранее установленных истин, а исключительно на жизнеспособности провозглашенных ею новых принципов.

Эти новые идеи не могут рассчитывать на полное и немедленное признание и должны излагаться осторожно, с учетом этого факта и с должным учетом степени интеллекта слушателя. Избегайте спорных дискуссий с пациентами, стремясь скорее просветить их о тех фактах, которые характерны для хиропрактики и неизвестны им, чем настраивать их против себя, противореча их заветным убеждениям. Гораздо разумнее начать с того знания о болезни, которое у вас общее с пациентом, и продвигаться вместе с ним, шаг за шагом, от этого прочного фундамента к новым истинам, чем пытаться разрушить его убеждения. Рассуждайте от известного к неизвестному. Замените старую идею о причинности болезни, незаметно вставив новую, более достоверную, и она быстро и безболезненно вытеснит старую. Этот процесс является гораздо более простым и легчайшим.

Тем не менее, представляя хиропрактику, мы должны быть мягко позитивными. Хиропрактика известна и доказуема. Всегда имея возможность прибегнуть к клиническим испытаниям в качестве последнего аргумента с абсолютной уверенностью в том, что они не подведут в подтверждении наших утверждений, мы можем выступить непоколебимым фронтом перед самой мощной и разумной атакой.

Обещания пациентам

Большинство пациентов потребуют от хиропрактика выражения своей веры в его способность или неспособность вылечить их. Они захотят получить информацию о вероятном времени, необходимом для излечения. Они могут даже попросить гарантии успеха.

На эти вопросы трудно ответить правдиво и убедительно, поскольку истина заключается в том, что каждый хиропрактик иногда терпит неудачу и не в состоянии предсказать эту неудачу заранее, и что пока нет никого, достаточно мудрого, чтобы предсказать продолжительность времени, которая потребуется для излечения того или иного конкретного случая. И эти истины не звучат обнадеживающе или убедительно.

Объясните пациенту, что только природа является целебным средством и что излечение зависит не только от мастерства настройщика, но и от точного состояния позвонков, точного количества или степени повреждения тканей, образа жизни пациента и т.д. Любое случайное включение в дело других факторов может иметь важное значение. Вы можете заверить его в превосходных результатах, полученных вами в других случаях, аналогичных его, или даже привести отдельные случаи, если это не нарушает профессиональную тайну. Но вам лучше избегать обещания вылечить или точного указания времени, которое потребуется. Изложите свою веру или мнение, но не связывайте себя обещанием. Проявите все свое мастерство и самое пристальное внимание; большего вы сделать не сможете.

Пациент должен полагаться на мастерство хиропрактика так же, как на мастерство своего юриста или лечащего врача. Ни один из них не может честно пообещать, что он преуспеет в своих усилиях, хотя все указывает именно на это.

Повторное отслеживание заболевания

От первоначального силового сотрясения, вызывающего задевающий нерв подвывих, до стадии хронического заболевания, с которым пациент обычно обращается к хиропрактику за помощью, заболевание развивается в несколько постепенных этапов. Время от времени происходят последовательные изменения в степени подвывиха, поскольку он усиливается дальнейшими толчками, растяжениями и т.д. Или реакцией на него вторичных причин, и с этими изменениями происходят соответствующие изменения в развитии заболевания.

Возможно, первым следствием сильного подвывиха является раздражение нерва и острое функциональное нарушение, такое как боль, лихорадка и т.д. Более поздним результатом может стать паралич и сопутствующая ему череда зол.

Когда хиропрактик начинает коррекцию, он не сразу возвращает давно смещенный и деформированный позвонок в его нормальное положение. Он просто *стремится* к этому, его приспособления вносят небольшие и постепенные изменения от ненормального обратно к нормальному.

Таким образом, подвывих проходит в обратном порядке через последовательные стадии своего развития, следуя процессу, который можно назвать инволюцией подвывиха. В то же время патологический процесс, возникающий в результате подвывиха, имеет тенденцию повторять свои этапы, проходя в обратном порядке через стадии, на которых он развился. Боли, которые

не ощущались годами, могут необъяснимым образом вернуться при пробуждении долго бездействовавших нервов. Головная боль, которая долгое время отсутствовала, но когда-то была характерным признаком заболевания, может появиться снова. Пациент *чувствует* себя все хуже.

Однако эти изменения происходят гораздо быстрее во время коррекции, чем во время развития заболевания. В определенной степени они, вероятно, присутствуют всегда, хотя во многих случаях они возникают так быстро или изменяются настолько сильно изменившейся средой, что становятся неузнаваемыми. Во многих случаях, собрав точный анамнез и внимательно наблюдая за прогрессом пациента, можно наблюдать определенное повторение, в обратном порядке, каждого важного события в истории болезни. Например, если у пациента когда-то была сильная лихорадка, возможно, длившаяся много недель, а позже развилась хроническая слабость, свидетельствующая об увеличении степени подвывиха, лихорадка может вновь появиться во время коррекции, длиться день или два и исчезнуть навсегда, если ее устранить после этой стадии.

Если пациентам с хроническими заболеваниями заранее объяснить факты повторения, они могут не привести пациента к унынию, как это было бы, если бы он не смог их понять. Если он знает до начала вашей работы, что он может ожидать подобных явлений, но, возможно, может избежать их, он воспринимает их как необходимые части процесса лечения. Если они не будут объяснены заранее, он, скорее всего, почувствует, что вы причиняете ему вред, и прекратит ваши услуги как раз в тот момент, когда он больше всего в них нуждается. На самом деле, иногда случается, что, если коррекция прекращается на какой-то раздражающей стадии лечения, это состояние сохраняется и наносит большой вред.

Этой теорией восстановления часто злоупотребляли. Хиропрактики использовали ее для устранения множества ошибок на практике. У некоторых входит в привычку называть все неблагоприятные события, происходящие во время корректировки, повторными, перекладывая таким образом вину со своих плеч на Природу. Это пагубная практика, потому что она вводит пациента в заблуждение, а также потому, что слишком частое повторение этого объяснения в конечном итоге вводит практикующего в заблуждение, заставляя поверить, что все подобные события действительно *повторяются*. Этот взгляд отвлекает его внимание от собственной техники, и он перестает обнаруживать свои собственные ошибки, переставая их искать.

При любом болезненном или явно неблагоприятном развитии событий лучше всего всегда тщательно анализировать собственную работу, чтобы обнаружить любую возможную ошибку в диагностике, пальпации или выборе движения для исправления. Мы всегда можем ошибиться, и за нашими делами следует следить на каждом этапе с максимальной тщательностью, чтобы обеспечить точность в деталях.

Ограничения хиропрактики

Есть много вещей, которые другие могут сделать лучше, чем хиропрактик. Есть и другие, для которых подготовка хиропрактика ему совершенно не подходит и к которым его методы ни в каком смысле неприменимы. Знание этих ограничений так же важно, как и знакомство с возможностями регулировки положения позвоночника.

Вывихи костей, отличные от позвоночных, переломы, раны, вызывающие или способные вызвать кровоизлияние или серьезные повреждения внутренних органов, должны быть немедленно переданы в руки хирурга. Хиропрактик не проходит никакой подготовки по ведению таких дел и не имеет ни юридического, ни морального права присутствовать при них. В акушерстве также не проводится практического обучения, которое подготовило бы практикующего врача к родоразрешению, и он не готов применять необходимые асептические или антисептические меры.

Некоторые отдельные случаи обычно излечимых заболеваний могут зайти так далеко, что потребуются хирургическое вмешательство. Следует избегать абсцессов или гнойных заболеваний, локализованных внутри организма или имеющих какую-либо склонность к внутренним выделениям. Гангрена, рак, поздние стадии туберкулеза (обычно) неизлечимы.

Карантинные заболевания как класс легко поддаются коррекции, если не было назначено какое-либо лечение сывороткой, когда шансы на выздоровление значительно снижаются. Но о таких случаях необходимо сообщать в соответствии с законами штата, и, вероятно, тогда они, к сожалению, будут переданы в руки хиропрактика. Законы различных штатов должны быть изменены, чтобы разрешить хиропрактикам проходить карантин с соблюдением мер предосторожности, требуемых от врачей для охраны здоровья населения. Следует приложить все усилия для обеспечения такого законодательства, но до тех пор, пока оно не будет закреплено в каком-либо штате и работа хиропрактика не будет поставлена под надзор властей, законы должны строго соблюдаться.

Сифилис и гонорея, инфекционные заболевания, должны быть признаны и отклонены на практике. Первое на первичной и вторичной стадиях (не третичной), а второе на всех стадиях корректируется путем корректировки, но вероятность передачи заболевания предупреждает о недопустимости контакта с ним, если не будут приняты все известные науке меры предосторожности для предотвращения возможной передачи.

Врожденные аномалии строения не поддаются хиропрактике, и их лучше оставить в покое, хотя любая попытка исправить их с помощью коррекции позвоночника, скорее всего, не причинит вреда.

Отношение хиропрактики к другим методам

Существуют определенные другие методы, которые имеют поверхностное сходство с хиропрактикой, что заставляет многих полагать, что они тесно связаны. Такими методами являются спондилотерапия, остеопатия и т.д. Существует система под названием Direcavit или Narparathy, которая может быть отклонена с утверждением, что это хиропрактика, переименованная.

Спондилотерапия, с другой стороны, представляет собой систему лечения заболевания, которая не принимает во внимание подвывих позвоночника как его первопричину и стремится вылечить заболевание путем стимуляции или подавления действия нервов с помощью механических, термических или электрических средств. Его сходство объясняется исключительно тем фактом, что большая часть лечения применяется к позвоночнику. С таким же успехом мы могли бы сказать, что инъекция сыворотки при менингите является хиропрактикой, потому что сыворотка вводится путем люмбальной пункции в спинномозговой канал.

Остеопаты, с тех пор как эта профессия осознала превосходные результаты, достигаемые при коррекции позвоночника, быстро перенимают многие методы хиропрактики и, насколько это возможно, подделывают их. Изучение их литературы различных периодов ясно показывает, что это новшество и что они никогда не применяли в теории то, что иногда используют на практике. Фактически, оба вышеперечисленных метода *лечат болезнь*, следуя теории медицины, с использованием только различных средств, в то время как хиропрактика *устраняет причину* заболевания и позволяет избежать лечения любого рода. Хиропрактика не является отраслью медицины и никогда не может быть отраслью медицины, потому что она по своей сути и фундаментально антагонистична самым основным принципам медицины, и никакой закон не может изменить факт такого антагонизма. Но если мы не будем строго придерживаться фундаментальных принципов нашей собственной практики и ограничиваться методами, которые вытекают из этих принципов, хиропрактика *может стать* частью медицины. Что подводит нас к

Использование вспомогательных слов

Существует множество методов лечения заболеваний, которые более или менее полезны для пациента, точно так же, как есть некоторые, которые всегда вредны. Должны ли мы использовать такие из этих методов, которые полезны в качестве дополнения к практике хиропрактики? Или мы должны придерживаться принципа, согласно которому лечение болезни ошибочно, а устранение ее причины - единственный логичный метод лечения? Можно многое сказать по обе стороны этого вопроса, который так долго волновал представителей профессии.

К классу полезных вспомогательных средств можно отнести массаж, гидротерапию, спондилотерапию, диететику, остеопатию, христианскую науку, суггестивную терапию, механотерапию и многие другие. Каждый из них имеет свою область применения; каждый, взятый сам по себе, приносит какую-то пользу, по крайней мере в некоторых случаях. Каждый из них, возможно, может улучшить результаты хиропрактики или ускорить их в некоторых случаях, если использовать его разумно. Под разумным использованием мы подразумеваем отказ от любого метода, который хоть в малейшей степени повлиял бы на правильную регулировку позвоночника или ее результаты или который по неосторожности мог бы вызвать подвывих. Остеопатия и механотерапия часто вызывают подвывих из-за невежества их пользователей; в этом нет необходимости.

Среди вредных добавок или тех, которые вредны в сочетании с корректировками или вредны при любом применении, можно упомянуть медикаментозное лечение, сывороточную терапию и электричество. Первые два метода иногда могут оказаться меньшим злом, если их использовать отдельно. В хиропрактике они всегда не нужны и всегда имеют тенденцию уменьшать положительный эффект корректировок. Последнее само по себе полезно, но в сочетании с хиропрактикой является двойным стимулятором нервов, и его следует избегать. Эффект этих методов при использовании с хиропрактикой никогда нельзя точно предсказать. Можно только быть уверенным, что за этим последует какой-нибудь неблагоприятный эффект.

Во вторую очередь, хиропрактик не имеет ни юридического, ни морального права заниматься медицинской практикой, если он не получил на это государственную лицензию.

Признав, что формы “смешивания”, указанные как полезные для пациента, иногда могут быть оправданы с точки зрения непосредственной пользы для пациента, давайте рассмотрим другую сторону вопроса.

Точно так же, как мы допускаем в нашу практику любой метод, который воздействует на саму болезнь, или который лечит что-либо иное, кроме основной причины болезни, или который направлен на стимуляцию или подавление функций организма, не освобождая естественные каналы, по которым должна проявляться естественная целительная сила организма, точно так же мы с уверенностью принимаем медицинскую теорию и превращаем нашу профессию в отрасль медицины. Медицина использует множество средств для лечения болезней. В настоящее время медицина шире, чем простое применение лекарств. И независимо от того, как мы варьируем средство или какое лечение выбираем, мы отрицаем истинность теории хиропрактики и признаем истинность медицинского принципа, когда используем вспомогательные средства в нашей практике.

В этих дополнениях также нет необходимости. Неоднократными наблюдениями было продемонстрировано, что хиропрактики, использующие только коррекцию позвоночника, добиваются такого же высокого процента результатов, как и те, кто комбинирует с ним один или несколько других методов. Это связано с различными причинами: большим совершенством, которого достигают в хиропрактике те, кто сосредоточенно занимается решением каждой проблемы с помощью этих средств; тем фактом, что дополнительные средства часто уменьшают эффект адаптации в той же степени, в какой они приносят свои собственные результаты; тенденцией пациента предпочитать и настаивать на более простых и менее болезненных методах, а не на адаптации.

Пациенты-непрофессионалы и невежественная публика склонны приписывать полученные результаты наиболее известному методу, применявшемуся к ним. Таким образом, несмотря на то, что хиропрактика сама по себе дает гораздо больший процент результатов, чем любая другая комбинация методов, пациент склонен верить, что изменение диеты или массаж привели к излечению, и полностью упускать из виду наименее приятную часть своего “лечения” - приспособление. Он не понимает и не может понять умом, разделенным для рассмотрения нескольких методов, связи позвоночника со своей болезнью. Часто он не может понять, используется ли только хиропрактика, но он вынужден заключить, что позвоночник *имеет* такую связь, потому что коррекция позвоночника вылечила его.

Использование вспомогательных средств сделало больше для сдерживания продвижения профессии в общественном сознании, чем любой другой фактор, за исключением невежества внутри профессии. Более того, хиропрактик, который знает, что он может положиться на различные другие методы, если его адаптация не удастся, не чувствует побуждения *изучать свою хиропрактику* должным образом. Он слабеет на практике, все больше и больше полагаясь на вспомогательные средства.

Неоднократно было доказано, что хиропрактик, который использует *только* хиропрактику, по необходимости становится лучшим практикующим врачом. Это также доказало, что человеку, являющемуся экспертом в хиропрактике, больше ничего не нужно, при условии только, что он откажется от тех случаев, к которым хиропрактика вообще неприменима.

Единственная *реальная* проблема в хиропрактике - это проблема *адаптации*. Все неудачи могут быть объяснены либо недостатком знаний и правильным применением хиропрактики, либо тем фактом, что у пациента недостаточно жизненных сил, чтобы оправиться от болезни. Не перекладывайте ответственность за сбой на систему, поскольку, за одним или двумя исключениями, все известные заболевания были вылечены *каким-нибудь* хиропрактиком, доказав тем самым их возможность. Осознайте, что эта работа может быть выполнена и что ее выполнение зависит от ваших собственных навыков в диагностике и технике.

Неизбежно, что в будущем хиропрактика будет использоваться в сочетании с другими полезными методами, которые позволят нам получить результаты *раньше*, хотя и не более уверенно. Также неизбежно, что хиропрактика не займет должного места среди методов лечения, если мы не заставим мир верить в нее так, как верим мы; знать ее так, как знаем ее мы. Если мы будем развивать нашу систему в ее чистоте до тех пор, пока она не получит всеобщего признания в своем истинном значении, мы совершим бесконечное благо для человечества на все времена.

Мы должны стремиться к достижению наибольшего блага для наибольшего числа людей, работая скорее ради окончательного признания теории подвывиха и ее применения по ее реальной ценности, чем ради сиюминутного небольшого блага или личной выгоды.

Личность

Тот, кто хочет добиться успеха в хиропрактике, должен обладать, в дополнение к основательному профессиональному образованию, полноценной личностью. Это средство, с помощью которого его образование становится эффективным, канал, по которому он выходит на публику, завоевывая ее доверие и одобрение, чтобы он мог использовать свои знания им на благо. Многие умелые и хорошо образованные практикующие врачи потерпели неудачу, потому что им не хватало надлежащих личных качеств для привлечения пациентов.

Элементы личности

Наиболее важными элементами правильной личности являются Смелость, Убежденность, Уверенность в себе, Честность, Сочувствие и Агрессивность.

Необходимо мужество, не безрассудство или беспечность, а бесстрашная готовность взять на себя ответственность — тяжелую ответственность нашей профессии. Тот, кто принимает легкий случай или хронический и медленно прогрессирующий и отказывается столкнуться с ужасающим наплывом опасного и острого заболевания; тот, кто из страха за своей репутации уклоняется от серьезного риска, не имеет права заниматься хиропрактикой. Он ошибся в своем призвании. Приобретая знания о хиропрактике, мы также несем большую ответственность за ее применение; мы должны использовать ее везде и всегда, когда это лучше всего для пациента, когда у нас есть наилучшие шансы на излечение, независимо от нас самих или какого-либо личного риска.

Под *убежденностью* подразумевается твердая и обоснованная *вера* в величие и эффективность хиропрактики. Искренность в своей практике - главное условие успеха. Вера, основанная на *знаниях*, окружает хиропрактика настолько прочной броней, что никакие

невзгоды не могут пробить ее. Тот, кто практикует хиропрактику, не веря в нее, сам по себе является обманщиком и мошенницей и не может ожидать окончательного процветания.

Уверенность в собственных способностях и знаниях, в своей силе и умении бороться с болезнью порождает уверенность в других. Не тщеславие, не преувеличенный эгоизм, а здоровая и здравомыслящая уверенность и вера в себя порождают ту уравновешенность ума и рук, которые способствуют точности и совершенству.

Не будучи честным с самим собой, своей профессией и своими пациентами, человек теряет доверие общественности - и вполне справедливо. Если мы обещаем то, чего не можем выполнить, если мы обманываем наших пациентов, вводя в заблуждение объяснениями неблагоприятных событий, мы заслуживаем неудачи. Здесь не предполагается ссылаться на жизнерадостную и оптимистичную манеру речи, которая часто помогает в комнате для больных сохранять ум пациента в покое. Иногда это может ввести пациента в заблуждение относительно серьезности его состояния, и такой обман может быть оправдан; но он никогда не должен распространяться на семью или на тех, кто имеет право знать истинное состояние и не может пострадать от такого знания. Строгая честность, когда бы она ни была безвредна для других, должна быть неизменной политикой всех практикующих.

Слабые, напряженные умы очень больных людей требуют и продолжают требовать *сочувствия*; не такого, которое выражается в застывших словах или фразах соболезнования несчастным и сразу же забывает их нужды и горести, но более глубокого, невысказанного чувства желания помочь, которое исходит из сердца и находит свое лучшее выражение в активной помощи. Если вам все равно, принесет пользу ваш пациент или нет, если у вас нет к нему никаких других чувств, кроме деловой заинтересованности в ведении дела, вам не хватает сильнеешего импульса к упорной работе и учебе, желания помочь.

Хиропрактика - это новое направление. Ее принципы еще неизвестны широкой публике. Кроме того, сейчас век острой конкуренции, и наш долг перед нашей профессией и перед миром состоит в том, чтобы вместо того, чтобы прятать наш свет под спудом, мы провозглашаем нашу миссию всем, кто хочет услышать. Мы должны быть разумными *и агрессивными*. Мы должны вступать в контакт с общественностью всеми законными способами, заставляя ее силой логики и личности увидеть разумность и величие нашей работы.

Спросите себя об этих вещах. Изучите свои собственные характеристики, чтобы выяснить, отсутствует ли какой-либо из этих существенных элементов личности. Если обнаружится, что кто-то хочет усердно культивировать это. Выбрав хиропрактику в качестве жизненного призвания, *занимайтесь ею* не только ради приобретения постоянно растущих знаний, но и для раскрытия сильной и обаятельной личности.

ПРОГНОЗ ХИРОПРАКТИКИ

Прогноз - это заблаговременное определение вероятного течения, продолжительности или исхода заболевания. Прогноз хиропрактики - это прогноз относительно изменений, которые произойдут в пациенте во время и после коррекции мануальной терапии.

Общий прогноз - это мнение, выраженное о заболевании без привязки к какому-либо конкретному случаю. Он основан на опыте работы в данной профессии и среднем результате, полученном при данном заболевании. Это дает лишь основу для рассмотрения **особого прогноза** в каждом отдельном случае. Последнее должно основываться на общем прогнозе заболевания и на изучении каждого модифицирующего фактора, присутствующего в данном случае, такого как общая жизнеспособность, привычки к образу жизни, легкость адаптации, очевидная реакция на ранние корректировки и, особенно, оценка количества и вида повреждений, нанесенных ткани, и вероятности ее восстановления.

Только общий прогноз может быть использован в качестве руководства для других. Чтобы утверждать даже это с уверенностью и безопасностью, необходимо соблюдать многие меры предосторожности. Все случаи, включенные в качестве основы для выводов, должны, насколько это возможно, рассматриваться в стандартных условиях тестирования (см. [Указатель](#)); принимая наблюдения других, нужно быть уверенным, что они достаточно обучены, достаточно осторожны и правдивы, чтобы сделать их заявления достоверными.

Чтобы познакомить предмет с профессиональной литературой и вызвать комментарии и дискуссии, направленные на окончательную разработку полного прогноза хиропрактики, мы изложим, без дальнейших предварительных пояснений, общий прогноз тех часто описываемых заболеваний, относительно которых мы считаем себя вправе говорить. Ни одно заявление не делается без сбора надежных доказательств.

ОБЩИЙ ПРОГНОЗ

Абсцессы.—Те абсцессы, которые имеют тенденцию к наружному излитию, могут быть успешно устранены и будут быстро развиваться, точно проявляться и отделяться с быстрым выздоровлением. Те, которые могут сломаться изнутри, категорически запрещают корректировку из-за почти неизбежного возникновения перитонита, пиемии или другого серьезного состояния.

Прыщи.— Хорошо, но обычно медленно.

Болезнь Аддисона.—Зарегистрировано несколько случаев, и они медленно излечиваются.

Аденоиды глотки.— Прогноз настолько благоприятный, что в любом случае операция является противопоказанием. Лимфоидные разрастания постепенно и медленно рассасываются при корректировке.

Тяжелое ожирение.— Зарегистрирован только один случай, случай Деркума. За шесть месяцев настройки это уменьшило вес с 360 до 280 фунтов. и было улучшено во всех деталях. Окончательный отчет не получен.

Алкоголизм.— Корректировки значительно способствуют излечению, если немедленно прекратить употребление алкоголя или постепенно и неуклонно снижать ежедневное потребление. Никакое постоянное излечение не может быть обеспечено без помощи пациента. Острую алкогольную интоксикацию можно уменьшить сразу с помощью одной корректировки.

Аменорея.— Прогноз отличный. Требуется от одного до нескольких месяцев. Консервативная аменорея, как при туберкулезе или другом истощающем заболевании, исчезает только с течением времени.

Анемия.— Если она первичная, медленно, но верно прогрессирует. Вторичная анемия зависит от какого-либо болезненного процесса, и ее прогноз зависит от заболевания, которое ее вызывает.

Стенокардия.— Случай, требующий тщательной диагностики. Ложная стенокардия проходит по мере общего укрепления нервной системы. Истинная стенокардия, обычно связанная с атеросклерозом, часто приводит к летальному исходу, и смерть может наступить при любой коррекции. Если этого не происходит, большинство пациентов выздоравливают, хотя и медленно. Позвольте мне повторить, что лечение истинной стенокардии сопряжено с большой опасностью.

Анидроз.— Обычно реагирует на изменения в работе почек.

Анкилоз.— Почти любой анкилоз, за исключением того, при котором наблюдается грубая деформация костей, поддается повторному применению силы по правильным линиям. Только позвоночные анкилозы поддаются коррекции с помощью хиропрактики, и они обычно со временем устраняются.

Передний полиомиелит.— Опыт хиропрактики с “детским параличом” был очень обширным и приносил удовлетворение. Во время лихорадочной стадии заболевание может быть купировано одной или несколькими корректировками, что приводит лишь к легким и преходящим параличам. Хронический паралич, который следует за неадаптированным случаем, излечим, но восстановление двигательной функции и трофического тонуса парализованных органов задерживается, пока регенерируются клетки вентрального рога, восстанавливаются аксоны и заново развиваются атрофированные мышцы. Часто видимых результатов не получается в течение одного или нескольких месяцев, после чего постепенное улучшение прогрессирует до полного излечения.

Афония.— Прогноз отличный. Сообщений о неудачах нет.

Апоплексический удар.— Редкий случай, когда предварительный частичный паралич предшествует реальному кровотечению, замечательно поддается корректировке, так что при соблюдении осторожности кровотечение можно предотвратить. После кровоизлияния всасывание сгустка происходит медленно и утомительно, но примерно 50% восстанавливается.

Аппендицит.— На ранних стадиях острой формы и почти во всех хронических случаях выздоровление почти наверняка при корректировке. Признаки нагноения указывают на немедленное оперативное вмешательство и дренаж, а неспособность распознать признаки может привести к разрыву, перитониту и смерти. Острые случаи, как правило, проходят очень быстро.

Деформирующий артрит.—В хорошо развитых случаях некоторые почти полные излечения были достигнуты за периоды, варьирующиеся от двух до четырех лет. Прогноз хороший в отношении облегчения, но плохой в отношении полного выздоровления.

Асцит.—Благоприятный прогноз, в зависимости от характера портальной непроходимости. Цирротический асцит плохо поддается лечению.

Астма.—Спазматическая бронхиальная астма почти всегда излечима, за исключением очень пожилых людей, но обычное заднее искривление нижних шейных и верхних дорсальных отделов требует времени и постоянных тяжелых корректировок для ее исправления. Астматический пароксизм может купироваться мгновенно, но будет повторяться с интервалами в течение длительного периода, прежде чем будет полностью установлено излечение. Кардиальная форма астмы зависит от восстановления компенсации негерметичности клапана и приводит к неравномерно прогрессирующему уменьшению.

Слепота.—Как состояние, не имеющее определяющих терминов, слепота дает плохой прогноз. В большинстве случаев зрение не развивается при корректировке. Тем не менее, некоторые индивидуальные методы лечения атрофии зрительного нерва, отслоения сетчатки и других состояний подтверждают такую возможность. Слепота по причине катаракты, возможно, дает наилучшие результаты.

Брадикардия.—Если она симптоматическая, протекает так же, как и заболевание. Если первичная, обычно достаточно нескольких корректировок. В одном случае первая корректировка увеличила пульс до 90 а, который был на уровне 60 в течение пятнадцати лет. Через двадцать четыре часа, без дальнейшей корректировки, показатель установился на уровне 69 и так и остался.

Болезнь Брайта.—Прогноз хороший, но некоторые случаи внезапно заканчиваются интеркуррентным заболеванием, таким как пневмония. Существует опасность до тех пор, пока не прекратится альбуминурия и силы пациента заметно не улучшатся. Вероятно, пораженная область почки просто отгорожена стеной от здоровой ткани, которая затем гипертрофируется и берет на себя работу всего органа или пары органов. Если был нанесен слишком большой ущерб, рассмотрение дела со временем завершится фатально, даже если его ход будет контролироваться корректировками.

Бронхит.—Острый бронхит, как правило, быстро купируется. Хронический бронхит может оказаться трудноизлечимым или может потребоваться много месяцев для излечения. Существуют исключительно быстрые методы лечения большинства хронических случаев.

Запекшаяся грудь—воспаление молочных желез.—Быстрое и положительное излечение при правильном применении.

Размягчение головного мозга.—Прогноз плохой.

Спинномозговой менингит.—Всегда серьезный, но в скорректированных случаях смертельных исходов не зарегистрировано. Неспособность изменить температуру и втягивание шейки матки в течение двух-трех часов и при одной-десяти корректировках вызывает тревогу.

Ветряная оспа.— Как и при натуральной оспе и других экзантемах, ветряная оспа должна быть немедленно скорректирована путем корректировки, и все случаи должны быть легкими, высыпания ускоренными, а лихорадка быстро спадать. Иногда сыпь может быть сильно выраженной, и заболевание протекает своим обычным чередом во всех деталях, за исключением лихорадки и упадка сил, являясь лихорадкой без каких-либо последствий лихорадки.

Холангит.— Быстро проходит при коррекции.

Холецистит.—Прогноз отличный.

Хорей.— Прогноз отличный в острых и подострых случаях, менее благоприятный в хронических. Данных нет, но многие хронические случаи вообще не поддаются лечению.

Цирроз печени.—Сомнительно. Статистические данные не собирались, но представляется вероятным, что корректировка не повлияет на большинство случаев.

Гиперемия печени.—Прогноз хороший.

Конъюнктивит.— Легко излечим, если только это не часть более общей инфекции.

Запор.Прогноз обычно хороший, но некоторые случаи, когда кишечник был парализован лекарствами или по какой-либо причине возникла атония мышц кишечника, очень трудноразрешимы. Можно предположить, что любой случай хронического запора поддается своевременной корректировке, но иногда время затягивается больше, чем кажется разумным.

Насморк.— В некоторых случаях реакция наступает мгновенно, другие сохраняются и протекают своим обычным чередом. Хронический катар носа проходит в благоприятном климате, а в неблагоприятном имеет тенденцию становиться постоянным, хотя при адаптации становится менее тяжелым и раздражающим.

Круп.— Всегда опасен, но при корректировках, которые очень эффективны, о смертельных исходах не сообщалось. Круп требует постоянного внимания до тех пор, пока все симптомы не утихнут, обычно в течение часа или двух.

Цистит.— Обычно излечим, но некоторые хронические случаи оказываются трудноизлечимыми по неизвестной причине. Нет никакого способа признать излечимость случая до начала попытки.

Глухота.—Изменчивый прогноз. Глухота, вызванная катаральной закупоркой евстахиевых труб, обычно излечима. Это из-за болезни среднего уха иногда дает о себе знать. Это из-за болезни нервов, возможно, хотя и не наверняка, неизлечимо.

Несахарный диабет.—Прогноз отличный. В нескольких случаях излечение не удается, и сообщений о летальных исходах не поступало.

Сахарный диабет.—Это метаболическое заболевание, всегда требующее серьезного и тщательного рассмотрения, чудесным образом контролируется хиропрактикой. Вероятно, 90

процентов всех случаев излечимы, и только те, которые представляют собой невозможные проблемы адаптации, или те, которые находятся на самых последних стадиях, безнадежны.

Диарея.—Прогноз во многом зависит от вторичных причин. Корректировки иногда вызывают диарею, чтобы очистить кишечный тракт от отходов или ядов. Такая диарея, если она вызвана природой без посторонней помощи, не прекращается при корректировках, пока не будет достигнута ее цель. Нервные и инфекционные диареи обычно протекают хорошо.

Расширение сердца.— Компенсаторная гипертрофия и укрепление мышц обычно следуют за регулировкой.

Дифтерия.—При корректировке ложная мембрана имеет тенденцию отслаиваться и полностью откашливаться в течение нескольких часов с быстрым восстановлением. У детей следите за возможным удушением из-за разрыхления мембраны. Необходим постоянный уход у постели больного, пока не исчезнут лихорадка и мембрана. Выздоровление, если не применялся антитоксин, протекает очень быстро, и врачи, наблюдающие клиническое течение дифтерии в процессе коррекции, обычно сомневаются в диагнозе, пока не будет проведен посев. Антитоксин изменяет прогноз в сторону тяжести, и, несмотря на коррективы, его применение часто приводит к стойким последствиям.

Водянка.— Сердечная или почечная водянка исчезает с улучшением состояния больного органа.

Дизентерия.—В странах с умеренным климатом смерть крайне маловероятна. Выздоровление часто бывает быстрым и легким, но некоторые случаи сохраняются. С тропической амебной дизентерией, по-видимому, труднее всего справиться, и она может вообще не улучшиться.

Диспепсия.—Прогноз хороший.

Эндокардит.—Если первичный, выздоровление является правилом. Возникающий в ходе какого-либо другого заболевания, например ревматической лихорадки, он делает прогноз менее определенным и может закончиться летально. Вероятно, останется хроническая слабость или сужение клапанов.

Энтерит.—Прогноз в целом благоприятный. Цифры отсутствуют.

Энурез.—Большинство выздоравливает в течение нескольких недель или месяцев, за редкими исключениями. Отсутствие результатов в течение нескольких недель предполагает изменение подхода.

Эпилепсия.—Сомнительно. Менее половины всех случаев выздоравливают, и ни один случай не может быть объявлен вылеченным, пока все симптомы не исчезнут в течение года. Наименьшие шансы у пациентов с передней шейкой матки. Обычно возможно восстановить сознание и мышечный контроль путем корректировки во время великой болезни, в момент между тоническими и клоническими спазмами, но такая немедленная реакция, к сожалению, не всегда означает, что в конечном итоге будет достигнуто излечение.

Носовое кровотечение.—Носовое кровотечение обычно сразу прекращается после надлежащей коррекции.

Рожистое воспаление.—Случаи, скорректированные на ранней стадии, показывают небольшое распространение сыпи, но с незначительными конституциональными симптомами. После того, как сыпь полностью разовьется, сбивать температуру становится труднее, а выздоровление идет медленнее, но тем не менее оно не менее верно, если нет сердечной или другой серьезной слабости.

Экзофтальмический зоб.— Как и при других формах зоба, он может уменьшаться, и с его уменьшением исчезают все остальные симптомы. Зарегистрировано много случаев излечения.

Атаксия Фридриха.—При наследственной мозжечковой атаксии (которая, скорее всего, врожденная) излечение ограничено 40 процентами случаев или менее. Данные об инструментальном родоразрешении в анамнезе с выраженным верхнешейным подвывихом свидетельствуют о внутриутробном происхождении заболевания и повышают вероятность излечения.

Камни в желчном пузыре.—Прогноз отличный. Камни рассасываются путем изменения химического процесса, с помощью которого было вызвано их отложение. Когда они маленькие, они могут проходить через протоки и выходить наружу с легкой болью. Корректировка во время болезненного прохождения желчного камня может воздействовать на проток таким образом, чтобы значительно уменьшить боль и ускорить прохождение.

Гастралгия.— Как и другие желудочные невроты, легко излечима, но иногда может потребоваться коррекция невротического диатеза, что требует времени.

Язвенная болезнь желудка.— Обычно проходит, но иногда оставляет фиброзный рубец, на который невозможно повлиять при вправлении и который, если расположен в привратнике, может вызвать стеноз с последующим неизлечимым расширением желудка. При таком состоянии требуется операция, но диагностика сложна, и, возможно, лучше провести тестирование с корректировками в течение некоторого времени.

Гастрит.—Прогноз хороший. Для предотвращения рецидива коррекцию следует продолжить после ослабления симптомов.

Зоб.— Прогноз хороший. Один большой зоб под наблюдением автора был уменьшен за одну неделю, так что размер шеи уменьшился на один дюйм. В большинстве случаев для полного уменьшения требуется несколько месяцев.

Гонорейный ревматизм.— Более стойкий, чем другие формы ревматизма, и иногда не поддается коррекции. Процентное соотношение недоступно. Вполне вероятно, что ничто, кроме общей чистки системы, не предотвратит повторения.

Сенная лихорадка.— Возможно, половина всех скорректированных случаев полностью выздоравливает, некоторые сразу, а некоторые через несколько месяцев. Под выздоровлением понимается прекращение ежегодного проявления приступа без каких-либо симптомов в любое время. Ни один случай не может быть объявлен вылеченным менее чем за год. Оставшаяся половина изменена незначительно или не изменена вообще.

Головная боль.—Хорошо проходят нервные, желчные, глазные и рефлекторные головные боли. Токсические головные боли или те, которые сопровождают системные инфекции, постепенно проходят по мере очищения организма.

Геморрой.—Отлично, за исключением случаев, когда нижние отделы поясницы расположены спереди и не поддаются регулировке.

Грыжа.—При всех локализациях и формах грыжи, за исключением ущемленной, прогноз благоприятный. Удушение требует немедленного хирургического вмешательства. Прогноз лучше, если использовать ферму.

Болезнь Ходжкинса.— Прогноз теоретически хороший, но те несколько случаев, которые были скорректированы, хотя и получили пользу, по-видимому, умерли от интеркуррентного заболевания, так что лучше отложить вынесение решения.

Гидроцеле.—Теоретически гидроцеле должно хорошо поддаваться лечению, но на практике автор наблюдал несколько неудач и никакого лечения.

Гидроцефалия.—Если из-за перекручивания шейки матки при рождении, прогноз благоприятный; в противном случае плохой.

Гипертрофия.Адаптационные гипертрофии, возникающие из-за перенапряжения органа, не исчезают и не должны исчезать до тех пор, пока напряжение не будет снято. Гипертрофия иногда ускоряется при корректировке, как в случае дефектных сердечных клапанов, когда утолщение стенки восстанавливает и поддерживает компенсацию. Другие гипертрофии, как правило, исчезают при корректировке.

Истерия.—Хорошо, но медленно. В некоторых крайних случаях отказываются реагировать. Мгновенное восстановление после истерической комы является правилом после адаптации, но кома имеет тенденцию к повторению.

Иммунитет.— Нет сомнений в том, что коррекция часто обеспечивает иммунитет от инфекции, но так сложно укрепить каждую часть тела против любой возможной инфекции, и так сомнительно, что иммунитет действительно существует в данном случае, что лучше всегда предполагать возможность инфекции и действовать соответствующим образом. Коррективы после контакта с известной инфекцией всегда разумны, но никто никогда не может знать, если они окажутся успешными, что пациент, возможно, не избежал бы их без них.

Импотенция.— Изменчивый прогноз в зависимости от вторичных причин и патологии. Перенесенное ранее венерическое заболевание делает прогноз наиболее сомнительным. Нервная или сосудистая импотенция, вероятно, протекает хорошо. Если она вызвана заболеванием спинного мозга, прогноз следует делать исходя из исходного заболевания.

Грипп.—Смертность не более 2%, и это среди очень пожилых и немощных. Продолжительность сильно варьируется. Может дать результат сразу, за первой корректировкой следует исчезновение лихорадки, обильное потоотделение и полное выздоровление в течение от двадцати четырех до сорока восьми часов; или может потребоваться несколько корректировок с частыми интервалами, чтобы снизить температуру.

Безумие.—Точной таблицы результатов по различным формам безумия сделано не было. Сообщалось о многочисленных успехах, чередующихся с меньшим количеством неудач. Автор как добился успеха, так и потерпел неудачу в лечении острой деменции, но неудача заключалась только в двадцатичетырехчасовом испытании и включала всего три корректировки.

Кишечная непроходимость.—Прогноз кишечной непроходимости из-за инвагинации или ущемленной грыжи при хиропрактике неблагоприятный. Такие случаи почти наверняка заканчиваются летальным исходом, если их не оперировать. Фекальные непроходимости или скопления червей, а также заворот кишок, быстро устраняются, и прогноз хороший. Прежде чем браться за дело с очевидной полной непроходимостью, требуется тщательная диагностика.

Раздражительное сердце.—При чисто нервной деятельности выздоровление происходит быстро и легко. Если есть лекарственный диатез или органическое заболевание, медленное и сомнительное.

Желтуха.—Легко поддается, но если имеет обструктивную форму, то препятствие должно быть сначала уменьшено или устранено путем регулировки.

Ларингит.—Для простых острых случаев достаточно нескольких корректировок. Со специфическими инфекциями гортани сложнее. Ларингит с изъязвлением, который является либо сифилитическим, либо туберкулезным, может не выздороветь или может восстановиться после длительной борьбы. Хронический ларингит других форм излечим, но требует больше времени, чем острый.

Бели.—Только благоприятный прогноз.

Люмбаго.—Хорошо, если только боль не мешает правильной адаптации. При истинном люмбаго реакция быстрая.

Малярия.—Стойкость зависит от климатических условий. Малярийная кахексия всегда проходит медленно, иногда вообще не поддается коррекции. Сообщений о пернициозной малярии не поступало. Другие формы выздоравливают, хотя пароксизмы, как правило, повторяются несколько раз до начала лечения, но более короткой продолжительности, чем при отсутствии коррекции.

Мастоидит.—Хорошие результаты в немногих наблюдаемых случаях.

Корь.—Отлично. Быстро выздоравливает. Извержение ускоряется при ранней адаптации, протекает очень мягко, с незначительной температурой или без нее, катаральные симптомы исчезают рано. Последствий нет.

Болезнь Меньера.Лабиринтозная болезнь такого характера была излечена, сообщений о неудачах не поступало, но данные скудны, автору известно не более трех или четырех случаев.

Меноррагия—Метроррагия.—Результаты отличные и обычно быстрые. Одно пятидесятидвухчасовое межменструальное кровотечение из матки было остановлено за один час путем корректировки, без рецидива.

Мигрень.—Мигрень, или гемикrania, дает только благоприятный прогноз. В большинстве случаев требуется длительный курс корректировок.

Подвижная почка.—Прогноз хороший, но изменение положения и полная фиксация происходят медленно. Никакого лечения не требуется — просто корректировка.

Миелит.—Поперечный миелит, если его скорректировать на острой стадии, может быть купирован, как и любое другое воспаление, и повреждение и возникающий в результате паралич будут значительно уменьшены или вообще предотвращены. Параличи, которые следуют за миелитом, требуют времени для восстановления дегенерированных аксонов, ход которых прерывается в пораженной области, но имеет тенденцию к восстановлению.

Миокардит.—Конфликт сообщений. Следует рассматривать это как серьезное заболевание, открытое для расследования.

Миксоэдема.— Известно только об одном случае, который проходил корректировку, и по прошествии нескольких лет было заметно улучшение, но еще не полностью излечен.

Нефрит.—Прогноз хороший. В острых случаях улучшение быстрое, в хронических - медленное.

Невралгия.—Прогноз отличный в любой форме. Трофические невралгии, такие как опоясывающий герпес, как правило, протекают медленнее всего, но в редких случаях тяжелого тика может потребоваться несколько месяцев. Всегда можно ожидать излечения, если только пациент в длительных случаях не впадает в уныние и не прекращает приспособливаться.

Неврастения.— Хорошо, но будет протекать медленно, если не будет оказана психологическая помощь в виде освобождения от беспокойства или напряжения.

Неврит.— Хорошо, но очень неопределенно со временем; в некоторых случаях отмечается быстрое исчезновение всех болей, а в некоторых тянутся бесконечно.

Атрофия зрительного нерва.— Полная атрофия с полной слепотой излечивается редко, хотя иногда сообщалось о частичном или полном излечении. Частичная атрофия может восстанавливаться медленно, или выздоровление может прекратиться в какой-то момент незадолго до завершения, и после этого состояние пациента остается стационарным.

Оварит.—Хороший, за исключением гнойных форм. Когда образовались спайки, результаты сомнительны.

Панкреатит.— Неясный, трудно распознаемый и трудно поддающийся лечению. Прогноз, вероятно, плохой.

Возбуждающий паралич.—Вероятно, на самых ранних стадиях это излечимо. Излечение полностью развившегося случая крайне сомнительно, и автору еще предстоит увидеть заметную пользу в таком случае.

Парализует.—Прогноз сильно варьируется. Апоплексическое кровоотечение восстанавливается примерно в 50% всех случаев. Параличи в результате центральных поражений требуют гораздо больше времени, чем периферические параличи, из-за необходимости восстановления дегенерированных нервных клеток, а также волокон. Параличи, возникающие после переднего полиомиелита, почти наверняка излечимы, если дать им достаточно времени. Большинство периферических параличей, за исключением очень пожилых, излечимы. Любой другой паралич, кроме чисто функционального, проходит медленно, но эта форма может уступить почти за сутки.

Паротит.—Свинка реагирует немедленно и может быть проверена на любом этапе.

Перикардит.—Обычно выздоравливает. Выпоты упорные и могут стать гнойными, и в этом случае прогноз серьезный.

Перитонит.—Прогноз серьезный, но сообщалось о некоторых случаях излечения с учетом коррекции. Вероятно, это локализованные, а не диффузные воспаления, обычно тазовые.

Коклюш, или коклюшная пневмония.— Имеет тенденцию протекать своим чередом, несмотря на корректировку, хотя сообщается о некоторых прерванных случаях. Все случаи легкой степени при коррекции с небольшой вероятностью осложнений. Нервный кашель, вероятно, будет сохраняться в течение нескольких месяцев после того, как инфекция прошла. Кажется, что коррективы редко предотвращают заражение.

Фарингит.— Острая форма быстро проходит. Хронический фарингит более упорный, но обычно излечимый.

Плеврит.—Плеврит, за исключением гнойного или туберкулезного, хорошо протекает в разные периоды. Гнойный и туберкулезный плеврит протекают упорно и могут не излечиваться.

Пневмония.—У автора был обширный и полезный опыт лечения пневмонии. На каждом этапе она поддается регулировке, и обычным результатом первой регулировки является понижение температуры на один-два градуса с немедленным размягчением уплотненной области. Специальные настройки позволяют получить наилучшие и быстрые результаты. Пневмония должна **всегда** выздоравливать, если только она не возникает как интеркуррентное явление при каком-либо хроническом и истощающем заболевании, таком как болезнь Брайта.

Болезнь Поттса.—Туберкулезный кариес тел позвонков в определенных пределах излечим. Иногда наблюдаются случаи, когда Природа остановила распространение болезни, отгородив болезненную область экзостозом. В таких случаях не следует вносить коррективы, и заболевание может оставаться латентным на протяжении долгой жизни. В активном состоянии заболевание приводит к летальному исходу, если его не остановить, что возможно на ранних стадиях и становится невозможным, когда тела позвонков слишком хрупкие, чтобы выдержать сильную регулировку. Тщательный подбор лечения позволит избежать летальных исходов при корректировке, но далеко не все случаи болезни Поттса излечимы.

Беременность.—Мы можем скорректировать путем корректировки любые патологические состояния, возникающие во время беременности, которые можно было бы скорректировать при других условиях. Курс корректировок во время нормальной беременности облегчит роды и

уменьшит, но не устранил боли. При регулировке необходимо проявлять большую осторожность.

Увеличение предстательной железы.— Зависит от возраста и восстановительных сил. Прогноз плохой у очень пожилых и немощных, но у более энергичных субъектов довольно хороший при устойчивом сокращении гипертрофированной железы с уменьшением сопутствующих симптомов. Венерический анамнез неблагоприятен.

Туберкулез легких.—На ранних стадиях, когда ткани легких нанесен небольшой ущерб, выздоровление происходит быстро и вполне уверенно. В полностью запущенных случаях, с характерными симптомами и заметным повреждением тканей, прогноз очень серьезный, и обычно разумнее всего рекомендовать поездку на Юго-Запад вместо корректировок. Случаи туберкулеза должны быть изучены с целью точной оценки состояния и восстановительных сил пациента перед приемом препарата.

Рахит.—Прогноз отличный. В течение периода, варьирующегося от шести месяцев в лучшем случае до пяти-семи лет в наиболее медленных случаях, во всех случаях наблюдается полное или почти полное излечение. Все деформации могут быть устранены за короткое время и установлено надлежащее питание костей. Исправление деформаций, существовавших до корректировки, - это процесс роста. Слишком многие пациенты впадают в уныние из-за медлительности работы и прекращают корректировку.

Кровоизлияние в сетчатку.—Прогноз благоприятный. Зарегистрированы несомненные излечения, а также несколько неудач. По крайней мере, один случай кровоизлияний, сопровождавшихся частичным отслоением сетчатки, был вылечен или почти вылечен с помощью корректировок.

Ревматическая лихорадка.— Трудно поддается коррекции из-за своей болезненной природы. Результаты правильной настройки обычно, но не всегда, хорошие.

Ревматизм.—Мышечный ревматизм отступает быстрее, чем суставной. Острый имеет тенденцию к быстрому выздоровлению, хронический - к более или менее затяжному и медленному улучшению. Ревматический диатез может потребовать многих месяцев тщательной коррекции.

Краснуха.— Проверяется просто. Сыпь незначительная, а прострации вообще нет.

Скарлатина.—Данные о карантинных случаях скудны, но скарлатина, или скарлатина, по-видимому, быстро корректируется путем корректировки. После первой регулировки можно ожидать понижения температуры на один-два градуса с последующим устойчивым повышением, которое снова будет проверено при следующей регулировке. Сыпь появляется рано, и все симптомы незначительны, но часто требуется несколько дней, чтобы успокоить пациента. Случайные осложнения, такие как эндокардит, средний отит или другие воспаления, возникают, если за пациентом не следить с особой тщательностью. Никаких летальных исходов при корректировке, за исключением случаев, когда поначалу был поставлен неверный диагноз.

Семенные выделения.—Прогноз отличный в случаях, не осложненных мастурбацией или чрезмерной венеризацией; в таких случаях плохой, пока не будут изменены привычки.

Обычная продолжающаяся лихорадка.—Всегда выздоравливает. Обычно снижается на один-два градуса вскоре после правильной регуляции с уменьшением всех симптомов.

Оспа.—Инфекции различаются по вирулентности. В умеренном климате адаптация ускоряет все фазы и, как правило, протекает без осложнений. Более легкая форма оспы, вызванная заражением в результате вакцинации, также поддается коррекции, и своевременное обращение часто предотвращает серьезное отравление.

Спланхноптоз.—Частичное или выраженное облегчение наступает обычно — и медленно. Полная естественная замена всех внутренних органов является скорее исключением, чем правилом.

Увеличение селезенки.—прогноз варьируется в зависимости от причины. Вторичные увеличения из-за систематической инфекции возникают с исчезновением инфекции. Первичное увеличение, как правило, происходит легче, за некоторыми исключениями. При малярии селезенка уменьшается медленно.

Спленит.—Прогноз предположительно хороший, но зарегистрировано несколько достоверных случаев.

Деформирующий спондилит.—Прогноз благоприятный для медленного, незначительного улучшения, но не для полного излечения.

Косоглазие.— Отличное у молодых испытуемых, менее чем удовлетворительное у пациентов старше тридцати.

Солнечный удар.—Теоретически излечим, но опыта нет.

Сифилис.— Первичная рана часто подсыхает при корректировке без развития какой-либо вторичной или третичной стадии. Если сначала скорректировать во время вторичных проявлений, симптомы могут легко исчезнуть, и третичная стадия никогда не проявится. Есть несколько подтвержденных случаев излечения, произошедших восемь-десять лет назад, без каких-либо признаков рецидива. На третичной стадии органические поражения не поддаются лечению. Прогноз на этой стадии настолько безнадежен, что кажется бесполезным применять хиропрактику вообще.

Спинные мышцы.Задний склероз позвоночника, обычно называемый по своему главному симптому “локомоторной атаксией”, выздоравливает в 40-50% скорректированных случаев. Без эксперимента невозможно составить точное предварительное суждение о вероятностях в каком-либо конкретном случае, равно как и не было предложено какого-либо адекватного объяснения того, почему в одних случаях выздоравливают, а в других - нет. Те случаи, которые вообще улучшаются, скорее всего, полностью выздоровеют. В любом случае для регенерации аксонов спинного мозга требуется время, и пока это продолжается, никаких улучшений вообще не может быть заметно.

Тахикардия.—При наличии симптомов, подобных экзофтальмическому зобу, тахикардия усиливается по мере развития заболевания. Если это первично, то с помощью нескольких регуляторов обычно устанавливается надлежащая частота пульса.

Столбняк.—До сведения автора был доведен только один несомненный случай, и это чудесное лекарство. Какое-то время корректировки вносились не чаще, чем каждые десять минут.

Аневризма грудной клетки.—Излечение крайне сомнительно, и фатальное прекращение возможно в любое время. Под рукой мало информации.

Тонзиллит—ангина. — Простой или фолликулярный тонзиллит проходит при корректировке в течение от нескольких часов до двух-трех дней. Ангина, или гнойный тонзиллит, протекает обычным образом по продолжительности, но часто сопровождается лихорадкой после первого дня. Обычно происходит самопроизвольный разрыв миндалин, и иногда два или три таких разрыва немного удлиняют течение заболевания. Осложнений нет, но все формы воспаления миндалин имеют тенденцию к повторению, если не проводить длительный курс корректирующих вмешательств в шейный отдел.

Кривошея.— Острая спастическая или ревматическая кривошея, при которой еще не сформировались постоянные контрактуры, почти всегда поддается лечению в течение периода, варьирующегося от нескольких дней до нескольких недель. Хронические случаи с постоянными контрактурами проходят очень медленно, но прогноз благоприятный при довольно точном выпрямлении шеи. В таких случаях часто остаются небольшие отклонения даже в самых умелых руках.

Туберкулез легких.—См. [Туберкулез легких](#).

Доброкачественные опухоли.—В отличие от злокачественных новообразований, доброкачественные опухоли, жировые, фиброзные и т.д. Имеют тенденцию к постепенному рассасыванию при корректировке. Возможно, 75% или более пациентов могут быть полностью излечены. Возраст является фактором, опухоли у молодых субъектов легче поддаются лечению, чем у пожилых или немощных.

Злокачественные опухоли.—Прогноз плохой. Доказательство того, что рак в любой форме можно вылечить, ускользнуло от прилежных поисков автора. Разумнее всего отказаться от всех случаев рака.

Брюшной тиф.—Прогноз отличный, если коррекция начата в течение первой недели лихорадки, и в этом случае лихорадку следует немедленно купировать, за ней последуют одно или два легких обострения, а затем постоянный контроль. Сомнительный прогноз после первой недели из-за вероятности перфорации во время коррекции. После второй недели лихорадки очень серьезный прогноз при корректировке, и лучше только при уходе.

Маточная резекция—выпадение.—Маточная резекция и пролапсы устраняются, иногда быстро, но чаще медленно и постепенно. Благоприятные обстоятельства - это свобода от переутомления или чрезмерной нагрузки. Некоторые крайние случаи приводят к неудаче.

Клапанные заболевания.— Они могут быть сгруппированы для прогнозирования. Процентные показатели не были рассчитаны, но можно сказать, что прогноз в целом хороший в отношении облегчения и восстановления компенсации, но плохой в отношении восстановления клапанов. Многие случаи кажущегося постоянного и полного выздоровления, вероятно, являются просто случаями превосходной компенсации. Смерть иногда наступает, несмотря на корректировки.

Варикоцеле.—Прогноз благоприятный для медленного и уверенного выздоровления.

Варикозное расширение вен.—Вероятность излечения благоприятствует субъектам не старше среднего возраста, при условии, что они не имеют большого избыточного веса или не слишком много стоят на ногах. Излечение всегда медленное.

Примечания переписчика

Знаки препинания, переносы и орфография были приведены в соответствие, когда в этой книге было обнаружено преобладающее предпочтение; в остальном они не изменялись.

Были исправлены простые типографские ошибки; случайные несбалансированные кавычки сохранены.

Двусмысленные дефисы в концах строк были сохранены.

Иерархия оглавления использовалась в качестве руководства к остальной части книги, хотя они иногда различаются.

Индекс не проверен на правильность расположения в алфавитном порядке или ссылок на страницы.

Страница 26: “P R S” имеет подчеркивание под буквой “P” и двойное подчеркивание под буквой “R”.

Страница 34: “сильно наклонен вперед”, возможно, должно быть “вперед”.

Страница 79: “также могут отсутствовать все детали”, как и “после”хорошо“.

Страница 117: “все позвонки выше, так сказать”, возможно, следует называть “позвонками”.

Страница 147: “этот ход предопределен” было напечатано как “это еще было предопределено”; изменено здесь.

Страница 158: “Задний, правый, нижний — П. Р. И.” было напечатано как “П. Р. Л.”; здесь изменено.

Страница 187: “но утверждается”, вероятно, должно быть “но утверждается”.

Страница 307: “был построен” было напечатано именно так.